



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL
INSTRUMENTO JEFFERSON SCALE OF
ATTITUDES TOWARD PHYSICIAN – NURSE
COLLABORATION (JSAPNC)**

ASTRID LORENA CASTRO BOCACHICA

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2019

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL INSTRUMENTO JEFFERSON SCALE OF ATTITUDES TOWARD PHYSICIAN – NURSE COLLABORATION (JSAPNC)

ASTRID LORENA CASTRO BOCACHICA

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Enfermería

PhD Juan Carlos Díaz Álvarez

Director

Línea de Investigación:

Gerencia de Servicios de Salud y Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2019

*A Dios por darme la sabiduría necesaria
para continuar cada día y llegar hasta
donde estoy.*

*A mis padres, familiares y amigos por su
constante apoyo y motivación para
avanzar en mi proceso de formación
académica.*

Agradecimientos

A Dios por ser mi guía durante el camino y permitirme culminar esta etapa.

A la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, por la educación que imparte y la motivación de estar en constante formación.

Al profesor Juan Carlos Diaz Álvarez, docente de la Universidad Nacional de Colombia, director y asesor de la presente investigación, quien con su conocimiento se convirtió en guía fundamental para culminar el presente estudio.

Al profesor Fred Gustavo Manrique Abril, docente de la Universidad Nacional de Colombia, asesor durante el desarrollo de la investigación, quien con su sabiduría y conocimiento permitió que el presente estudio se hiciera posible y llegara a feliz término.

Mohammadreza Hojat, autor principal del instrumento Jefferson, quien autorizó el uso y facilitó la versión en español.

A los expertos que participaron en la evaluación del instrumento, para tener claridad, y objetividad en el mismo.

A los profesionales de enfermería y medicina que participaron voluntariamente aportando sus respuestas a la investigación.

Resumen

Introducción: En la última década, las instituciones de salud se han preocupado por adoptar Modelos de Atención que estén Centrados en el Paciente (MACP). La colaboración interprofesional es uno de los elementos del MACP que ha demostrado obtener mejores resultados en los pacientes. El instrumento Jefferson ha reportado niveles óptimos de validez y confiabilidad en otros contextos; para adoptar su uso en Colombia es necesario determinar las propiedades psicométricas del instrumento.

Objetivo: determinar la validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)”.

Diseño: Se empleó el diseño metodológico para determinar las propiedades psicométricas del instrumento. Para el presente estudio se determinó la validez facial, de contenido y constructo y se calculó la confiabilidad del instrumento.

Resultados: La validez facial reportó un índice de aceptabilidad de 0,85; la validez de contenido obtuvo un índice de 0,84; el análisis de factores agrupó los reactivos del instrumento en cuatro factores y el alfa de Cronbach se reportó en 0,39.

Conclusiones: El instrumento Jefferson en el contexto colombiano reporta aceptabilidad en términos de validez y bajos niveles de confiabilidad.

Palabras clave: Colaboración interprofesional, enfermeros, médicos.

Abstract

Background: In the last decade, health institutions have been concerned about adopting Patient Centered Care Models (PCCM). Interprofessional collaboration is one of the elements of model that has shown to obtain better results among patients. The Jefferson instrument has reported optimal levels of validity and reliability in other contexts. In order to validate its use in Colombia, it is necessary to determine the psychometric properties of the instrument.

Objective: To determine the validity and reliability of the Colombian Spanish version of the instrument “Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)”.

Design: The methodological design was used to determine the psychometric properties of the instrument. For the present investigation, the facial, content and construct validity was determined, and the reliability of the instrument was calculated.

Results: The acceptability index of the facial validity was 0,85, the content validity obtained a content validity index of 0,84; factor analysis grouped the instrument's items into four factors and Cronbach's Alpha was reported at 0,39.

Conclusions: The Jefferson scale in the Colombian context reports acceptability in terms of validity and low levels of reliability.

Keywords: Interprofessional collaboration; Nurses; Physicians.

CONTENIDO

Resumen	V
Lista de Tablas.....	X
Lista de gráficas.....	XI
1. Marco de referencia.....	12
1.1 Descripción área problema.....	12
1.2 Conceptos	15
1.2.1 Colaboración.....	15
1.2.2 Trabajo en equipo	17
1.2.3 Actitudes.....	17
1.3 Justificación.....	18
1.3.1 Significancia teórica.....	18
1.3.2 Significancia disciplinar	18
1.3.3 Significancia social	19
1.4 Pregunta de investigación	19
1.5 Objetivo general	19
1.5.1 Objetivos específicos.....	20
2. Marco teórico.....	21
2.1 Modelo de atención centrado en el paciente (MACP).....	21
2.1.1 Importancia de la práctica centrada en la persona	22
2.1.2 Componentes del Modelo de Atención Centrado en el Paciente	22
2.2 Instrumentos que miden la colaboración.....	23
2.2.1 Collaborative Practice Scale (CPS)	23
2.2.2 Collaboration and Satisfaction about Care Decisions (CSACD)	25
2.2.3 ICU Nurse - Physician Questionnaire	26
2.2.4 Nurses' Opinion Questionnaire (NOQ)	27
2.2.5 The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)	28
3. Marco de diseño.....	33
3.1 Tipo de estudio.....	33
3.2 Validez facial.....	34
3.2.1 Variable	34

3.2.2 Instrumento	34
3.2.3 Muestra	34
3.2.4 Recolección de datos.....	35
3.2.5 Análisis de datos	35
3.2.6 Sesgos	35
3.3 Validez de contenido	36
3.3.1 Variable	36
3.3.2 Instrumento	36
3.3.3 Muestra	36
3.3.4 Recolección de datos.....	36
3.3.5 Análisis de datos	37
3.3.6 Sesgos	38
3.4 Validez de constructo	38
3.4.1 Variable	38
3.4.2 Instrumento	38
3.4.3 Muestra	38
3.4.4 Recolección de datos.....	39
3.4.5 Análisis de datos	39
3.4.6 Sesgos	39
3.5 Confiabilidad.....	39
3.5.1 Variable	40
3.5.2 Análisis de datos	40
3.5.3 Sesgos	40
3.6 Aspectos éticos a considerar	40
3.7 Impactos esperados	42
3.8 Medios de divulgación del conocimiento.....	42
4. Resultados	43
4.1 Validez Facial	43
4.1.1 Comportamiento variable comprensión	48
4.1.2 Comportamiento variable claridad	48
4.1.3 Comportamiento variable precisión	49
4.1.4 Observaciones y versión final del instrumento	49
4.2 Validez de Contenido	52

4.3 Validez de Constructo	55
4.3.1 Características sociodemográficas de los participantes	56
4.3.2 Análisis de factores	57
4.4 Confiabilidad	60
5. Discusión	62
6. Conclusiones y recomendaciones	72
6.1 Conclusiones	72
6.2 Recomendaciones	73
7. Limitaciones	75
8. Referencias bibliográficas	76
9. Anexos	81
A. Anexo: Autorización de autor para uso del Instrumento	81
B. Anexo: Aval Comité de ética Facultad de Enfermería	82
C. Anexo: Versión en español del instrumento	83
D. Anexo: Perfil expertos convocados para validez facial y de contenido	84
E. Anexo: Consentimiento informado para participación	85
F. Anexo: Formato recolección de datos validez facial	86
G. Anexo: Formato recolección de datos validez de contenido	88
H. Anexo: Versión final del instrumento. Validez de constructo	90

Lista de Tablas

Tabla 1. Características grupo de expertos	44
Tabla 2. Características grupo de profesionales de enfermería	45
Tabla 3. Validez facial por expertos.....	46
Tabla 4. Validez facial obtenida por profesionales en enfermería.....	46
Tabla 5. Validez facial total.....	47
Tabla 6. Validez facial por ítem para cada variable	48
Tabla 7. Consolidado observaciones y versión final de ítems.....	50
Tabla 8. Razón validez de contenido.....	54
Tabla 9. Índice validez de contenido	55
Tabla 10. Características sociodemográficas de los participantes en la validez de constructo	57
Tabla 11. Varianza total explicada	58
Tabla 12. Matriz de componentes	60
Tabla 13. Estadísticos de fiabilidad.....	60
Tabla 14. Estadísticos de fiabilidad	61
Tabla 15. Coeficiente Alfa obtenido en cada muestra	67
Tabla 16. Comparación de resultados en investigaciones previas con instrumento JSAPNC.....	71

Lista de gráficas

Gráfica 1. Fórmula razón validez de contenido.....	37
Gráfica 2. Fórmula índice validez de contenido	37
Gráfica 3. Comparación análisis de factores.....	66

1. Marco de referencia

1.1 Descripción área problema

La calidad y seguridad de la atención es hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, OMS, la calidad es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento (WHO, 2009).

“Un modelo de atención es el proceso en el cual los diferentes componentes de la prestación de servicios interactúan con el fin de garantizar los mejores resultados” (Suarez, n.d.). Antiguamente la atención se centraba en las enfermedades, el enfoque biomédico convencional ignoraba a la persona que padecía la enfermedad (Suarez Cuba, 2012). En la última década, diferentes organizaciones, entre ellas el Instituto de Medicina de EE.UU., Agency for Healthcare Research Care AHRQ y The Joint Commission, han solicitado a las instituciones adoptar Modelos de Atención que estén Centrados en el Paciente (MACP). En estos modelos, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y el personal de salud, se asocian con los pacientes y familias durante todo el curso del tratamiento y las perspectivas de los pacientes y las familias influyen en el diseño de los procesos de atención y en la toma de decisiones organizacionales (Ministerio de la Protección Social (MPS), Universidad CES, & Gesaworld, 2008), haciendo necesario el trabajo en equipo y la colaboración intra e interprofesional, uno de los elementos del MACP.

“Colaboración significa trabajar juntos”, sin embargo, trabajar cooperativamente no es una tarea fácil. Existen barreras que dificultan la colaboración interprofesional, como los problemas de comunicación entre los profesionales de la salud, el desconocimiento de los roles y responsabilidades profesionales de otros miembros del personal, el poder y la jerarquía, la falta de confianza en el otro, e incluso la falta de respeto (Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich, & Greer-Williams, 2015).

De acuerdo a un estudio de tipo descriptivo que buscaba analizar las percepciones de médicos y enfermeras sobre el trabajo en equipo, la barrera más importante para el establecimiento de buenas relaciones entre estas profesiones, según los médicos, era que no reconocían el papel profesional de las enfermeras (Matziou et al., 2014). La colaboración entre los profesionales que brindan atención en salud es necesaria en cualquier entorno, no hay alguna profesión que pueda satisfacer todas las necesidades del paciente (Andreas Xyrichis, 2007).

El trabajar en equipo tiene una repercusión directa en la calidad y en la eficacia del cuidado proporcionado al paciente (Del Barrio Linares & Reverte Sanchez, 2010), así como en la seguridad al reducir los errores humanos (Grover, Porter, & Morphet, 2017), e incluso en los costos al aumentar la eficiencia operativa y disminuir la estancia hospitalaria (Suryanto, Plummer, & Copnell, 2016), mejorando los resultados en el paciente y la satisfacción en el trabajo (McInnes, Peters, Bonney & Halcom, 2015; Phitayakorn, Minehart, Hemingway, Pian & Petrusa, 2015). Las fallas en la comunicación y el trabajo en equipo se han identificado como factores contribuyentes en la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos (Orchard & Khalili, 2012; Polis, Higgs, Manning, Netto & Fernández, 2017; Sherwood, Bennett & Lewis, 2002). En un estudio realizado en Colombia, se determinó que estos factores son responsables de cerca del 20% de los errores en la atención en salud en el país (Amaya, Idarraga, Giraldo, & Gómez, 2014).

La educación médica ha evolucionado a través de los años con la aparición de un énfasis en inter profesionalismo para mejorar la comunicación de atención médica multidisciplinaria y para mejorar la colaboración en la práctica, sobre todo entre los médicos y las enfermeras. Mientras que las historias de éxito de la colaboración médico - enfermera se han relacionado con resultados positivos para el paciente, las malas relaciones se han asociado con ambientes de trabajo poco saludables y la comunicación fragmentada que pone en riesgo la calidad de la atención al paciente (Daniels & Auguste, 2013; Lui et al., 2015). En respuesta a los beneficios que se obtienen con el trabajo en equipo ha surgido la educación interprofesional (IPE) como un área de creciente interés, para permitir la colaboración efectiva y mejorar los resultados de salud (Raparla et al., 2017).

Desde tiempo atrás se ha investigado sobre el trabajo en equipo, el cual requiere un esfuerzo intelectual individual y colectivo y se facilita con diferentes actitudes. Albert Serrat (1996) enumera las siguientes actitudes: Actitud mental positiva, reconocimiento, compromiso, autoestima personal y colectiva, confianza y generosidad, no ir uno contra el otro, sino juntos para solucionar el problema (Gonzalez, 2012). A su vez, la colaboración, constituye un elemento fundamental del trabajo en equipo. La colaboración médico - enfermera es descrita como "médicos y enfermeras que trabajan en cooperación, compartiendo responsabilidades para resolver problemas, tomar decisiones y llevar a cabo planes para el cuidado del paciente" (Ward et al., 2008b).

Para investigar la colaboración médico - enfermera, es esencial tener un instrumento que evalúe la colaboración en los dos grupos. En respuesta a la necesidad de una herramienta, fue desarrollada la Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico - Enfermera (Hojat y Herman, 1985; Hojat et al., 1997, 1999) la cual ha sido utilizado en diferentes investigaciones a nivel mundial y de acuerdo a un estudio en el 2005, es un instrumento recomendado por sus propiedades psicométricas (Dougherty & Larson, 2005).

Simultánea a la realización de la presente investigación se conocieron los resultados obtenidos por Galeano (2018) quien pretendía determinar las propiedades psicométricas del instrumento y concluyó de acuerdo a las pruebas estadísticas empleadas, que la escala Jefferson reporta bajos niveles de aceptabilidad y confiabilidad para el contexto colombiano, opuesto a la recomendación de Dougherty & Larson y otorgando la posibilidad de contrastar la presente investigación con el objetivo de reafirmar o controvertir los resultados reportados.

Este proyecto de investigación se encuentra enmarcado en el Modelo de Atención Centrado al Paciente y contribuye a la línea de investigación: Gerencia en Servicios de Salud y Enfermería, en el cual se pretende evaluar la colaboración como componente del Modelo, a través de un instrumento que debe ser validado en primera instancia.

1.2 Conceptos

1.2.1 Colaboración

La palabra "colaborar" viene del latín "collaborare" y significa "trabajar juntos en un proyecto". La colaboración se describe normalmente como un proceso en el que se destaca el involucramiento en actividades intelectuales (Henneman, Lee, & Cohen, 1995). En lo que se refiere a la atención médica, la colaboración se ha definido como la comunicación y el proceso de toma de decisiones relacionado con las necesidades de salud y enfermedades del paciente, respetando las cualidades y habilidades únicas de los profesionales de salud (Coluccio & Maguire, 1983).

La colaboración es un concepto importante para la enfermería y se anuncia como la solución a muchos de los problemas que surgen del lugar de trabajo jerárquico más tradicional, el impacto positivo de la colaboración se observa en los resultados de los pacientes (Kraus 1980). Los modelos de atención de

colaboración son defendidos por organizaciones profesionales y agencias de acreditación como National Joint Practice Commission 1981, Asociación Americana de Enfermeras de Atención Científica 1982, Institutos Nacionales de Salud 1983 y Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1993, entre otros. Sin embargo, la colaboración entre el personal de atención en salud, en particular entre médicos y enfermeras, es la excepción y no la regla en la mayoría de los entornos prácticos (Henneman et al., 1995).

La colaboración requiere que los individuos se vean a sí mismos como miembros de un equipo y contribuyan a un producto u objetivo común. Todos los participantes ofrecen su experiencia, tienen la responsabilidad de los resultados y son reconocidos por otros miembros del grupo por su contribución al proceso (Mailick & Jordan, 1977). La colaboración es un elemento fundamental del trabajo en equipo, cuando un equipo logra trabajar en colaboración se obtienen resultados positivos, eficaces y eficientes para el paciente, para el equipo y para la institución (Shetach & Marcus, 2015), la colaboración ayuda a los profesionales a realizar su trabajo y direccionar a la resolución de problemas de una manera más positiva (San-Martin et al., 2017).

Existen diferentes factores que influyen en tener una mayor o menor colaboración, no es necesario tener solo una persona dispuesta a trabajar conjuntamente con otra, para que se produzca colaboración. Dentro de los factores personales se encuentra la preparación educativa, la experiencia y el trabajo en situaciones similares, por ello es importante para los individuos tener un claro entendimiento y aceptación de su propio rol y nivel de experiencia. Las dinámicas grupales efectivas desempeñan un papel fundamental en la promoción de la colaboración. Los factores que promueven la colaboración incluyen excelentes habilidades de comunicación, respeto, conocimiento y confianza (Henneman et al., 1995).

Dentro de los factores medioambientales se requiere una estructura organizativa en lugar de estructuras jerárquicas y procesos que permitan a los participantes

actuar de manera autónoma. Deben existir sistemas de recompensas que reconozcan los logros grupales e individuales y que busquen la colaboración en lugar de la competencia (Henneman et al., 1995).

Es entonces la colaboración, un elemento complejo que continúa siendo buscado como un medio para mejorar las relaciones laborales y los resultados de los pacientes. La falta de claridad en el tema ha resultado en que se utilice el término en una variedad de formas inapropiadas en los entornos de investigación y práctica. A menudo el término es considerado sinónimo de otros modos de interacción, como cooperación o compromiso, generando confusión y obstaculizando su utilidad con una serie de estudios que intentan evaluar su efectividad sin encontrar una correlación positiva entre la colaboración y el resultado en el paciente (Zimmerman, y otros, 1993).

1.2.2 Trabajo en equipo

El trabajo en equipo se ha identificado como una estrategia eficaz para reducir los errores humanos, aumentar la eficiencia operativa, mejorar la satisfacción en el trabajo y mejorar la atención al paciente (Grover et al., 2017; McInnes et al., 2015; Suryano et al, 2016).

Entonces, el trabajo en equipo implica tener objetivos comunes que hayan sido pensados entre todos, reconocer la contribución específica de cada profesional y favorecer una buena comunicación, coordinación y colaboración. En definitiva, “no se trata de trabajar como un grupo de personas juntas, sino que entre ellas exista una unidad” (Del Barrio Linares & Reverte Sanchez, 2010).

1.2.3 Actitudes

Son predisposiciones aprendidas para responder favorable o desfavorablemente a un objeto, clase de objetos o situaciones. Tienen dirección, es decir, la persona puede estar a favor o en contra y se experimentan en determinado grado,

haciendo posible saber cuánto gusta o disgusta a la persona dicha situación u objeto (Molla, 2006).

1.3 Justificación

1.3.1 Significancia teórica

Actualmente, con la implementación del Modelo de Atención Centrado en el Paciente MACP, se ha investigado sobre la colaboración interprofesional, un principio de dicho modelo. Existen diferentes estudios e instrumentos que miden la colaboración entre médicos y enfermeras, pero en Colombia no se cuenta con un instrumento que permita evaluar dicho elemento del MACP.

Contar con un instrumento en otro contexto, hace necesario determinar la validez y confiabilidad del mismo, con el fin de evaluar posteriormente la colaboración y el trabajo en equipo entre médicos y enfermeros en Colombia y aportar de este modo, al vacío existente.

1.3.2 Significancia disciplinar

"Las dos personas más importantes, responsables de la atención del paciente son las enfermeras y los médicos, pero a menudo no hablan entre sí correctamente, y cuando lo hacen, el intercambio es disfuncional" (Elsous, Akbari, Radwan, Mohsen, & Abu, 2017). El trabajo en equipo tiene beneficios que repercuten en los profesionales como son: la disminución del estrés, el aumento de su satisfacción y el incremento de su desarrollo (Del Barrio Linares & Reverte Sanchez, 2010). Se ha notado que existe mayor interés de parte de enfermeros en comparación a médicos, en investigar sobre el tema de la colaboración interprofesional.

Teniendo un marco teórico del trabajo colaborativo entre médicos y enfermeros, se hace posible la medición, para que los profesionales asuman en la práctica la colaboración y pueda ésta mejorarse. Conocer el trabajo colaborativo

interprofesional permite contrarrestar los factores y/o actitudes que lo impiden y fomentar aquellos que lo fortalecen, mejorando de esta forma, la atención al paciente.

1.3.3 Significancia social

Dentro de las políticas mundiales que buscan la implementación del Modelo de Atención Centrado en el Paciente, la colaboración y el trabajo en equipo constituyen un elemento importante que permite brindar atención de calidad a las personas, satisfacer las necesidades de los pacientes, disminuir los eventos de seguridad clínica, aumentar la productividad y reducir los costos.

El trabajar en equipo tiene una repercusión directa en la calidad y en la eficacia del cuidado proporcionado al paciente, así como en la seguridad. En la institución con la optimización de los recursos y disminución en los costos, al disminuir la estancia hospitalaria y mejorar los resultados (Del Barrio Linares & Reverte Sanchez, 2010), serán los pacientes, los principales beneficiados de la colaboración y el trabajo en equipo del servicio de atención en salud.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad psicométrica de la versión en español del instrumento Jefferson, escala de actitudes hacia la colaboración entre médicos y enfermeros?

1.5 Objetivo general

Determinar la validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)”

1.5.1 Objetivos específicos

- Determinar la validez facial de la versión en español del instrumento Jefferson, escala de actitudes hacia la colaboración médico – enfermero.
- Determinar la validez de contenido la versión en español del instrumento Jefferson, escala de actitudes hacia la colaboración médico – enfermero.
- Determinar la validez de constructo la versión en español del instrumento Jefferson, escala de actitudes hacia la colaboración médico – enfermero.
- Determinar la confiabilidad la versión en español del instrumento Jefferson, escala de actitudes hacia la colaboración médico – enfermero.

2. Marco teórico

2.1 Modelo de atención centrado en el paciente (MACP)

En el 2004, la alianza internacional de organizaciones de pacientes (IAPO por sus siglas en inglés) realizó una consulta en la cual preguntó cuáles eran los problemas más importantes de la política sanitaria para la organización de sus pacientes. La revisión fue desarrollada para ayudar a las organizaciones de pacientes a considerar qué significa para ellos la atención médica centrada en el paciente. La IAPO la define como:

Un esfuerzo de colaboración formado por pacientes, familiares de pacientes, amigos, médicos y otros profesionales de la salud, logrado a través de un sistema integral de educación del paciente; donde los pacientes y los profesionales de la salud trabajan como un equipo, comparten conocimiento y buscan los objetivos comunes de curación y recuperación (2012).

La práctica centrada en el paciente es tratar personas que quieren ser tratadas, incluyendo conceptos como la dignidad y el respeto. Curtin (1999) escribió que "somos seres humanos, nuestros pacientes o clientes son seres humanos y es la humanidad compartida la base de la relación entre nosotros" (Citado en (Health & Council, 2009). Con el Modelo de Atención Centrada en el Paciente (MACP), los pacientes y sus familias reciben una atención basada en la evidencia, rentable y de calidad, que maximiza la salud, alivia el malestar, es segura y libre de errores evitables.

2.1.1 Importancia de la práctica centrada en la persona

Tiene sentido que cuando se conoce bien al paciente, se puede brindar una atención más específica a sus necesidades y, por lo tanto, una mejor atención. Además, al promover y facilitar una mayor responsabilidad del paciente y del cliente, es más probable que estos participen en las decisiones de tratamiento, se sientan respaldados para realizar cambios de comportamiento y tengan la capacidad de autogestionar.

Una revisión bibliográfica reciente encontró que la práctica centrada en el paciente puede marcar una diferencia positiva en los resultados de salud, la satisfacción del paciente y puede mejorar el sentido de la valía profesional (Department of Health, 2008).

2.1.2 Componentes del Modelo de Atención Centrado en el Paciente

Cronin en 2004, identificó conceptos que aparecían en múltiples definiciones del Modelo de Atención Centrado en el paciente, posterior al análisis, se establecieron como componentes:

- Reconocer al paciente como persona: se centra en establecer una relación entre el personal de salud, el paciente y los cuidadores.
- Compartir el poder y la responsabilidad: se trata de incluir el paciente y cuidador en la planificación de objetivos, respetando las preferencias de los pacientes.
- Accesibilidad y flexibilidad: se centra en satisfacer las necesidades individuales de pacientes y cuidadores, al ser sensible a los valores, preferencias y necesidades expresadas. Se enfoca en dar la opción al paciente de brindarle información oportuna, completa y precisa de manera que ellos puedan tomar decisiones sobre su cuidado.
- Colaboración e integración: se trata de trabajo en equipo para minimizar la duplicación de esfuerzos y brindar una experiencia positiva a los pacientes.

- Entorno: se refiere tanto al entorno físico como al organizativo o cultural. Esto se enfoca en tener un ambiente que permita al personal de salud estar centrado en el paciente (International Alliance of Patient's organizations, n.d.).

2.2 Instrumentos que miden la colaboración

Con el objetivo de contar con un instrumento válido y confiable en contexto colombiano, procedió a realizarse en primera instancia una búsqueda en la literatura para identificar instrumentos que han sido utilizados para medir la colaboración médico - enfermera y evaluar sus propiedades psicométricas. Dougherty & Larson presentan una recopilación con diferentes instrumentos que cumplían criterios como: haber sido publicado en una revista revisada por pares entre 1990 y 2004, ser identificado por las palabras clave "colaboración médico-enfermera", que hubiese sido utilizado en al menos un estudio sobre la colaboración entre el personal de enfermería y el personal médico, que existiera al menos un artículo donde se evaluara la psicometría del instrumento, que el instrumento hubiese sido citado en al menos 2 referencias en ISIWeb of Science® e Index Expanded y que estuviera disponible una copia del instrumento para el investigador.

Los resultados de la investigación arrojaron 5 instrumentos que cumplían los criterios establecidos, de los cuales se exponen sus propiedades psicométricas a continuación.

2.2.1 Collaborative Practice Scale (CPS)

La Escala de Práctica Colaborativa está basada en el trabajo de Blake y Mouton, Thomas y Kilman, en la cual el trabajo se centró en los métodos de interacción utilizados para resolver problemas o conflictos por medio de la asertividad y la colaboración. La definición de colaboración utilizada en el desarrollo de esta herramienta fue "las interacciones entre la enfermera y el médico que permiten

que el conocimiento y las habilidades de ambos profesionales influyan sinérgicamente en la atención brindada al paciente” (Dougherty & Larson, 2005).

El instrumento consta de 2 escalas separadas, una para médicos conformada por 10 ítems y otra para enfermeras con 9 ítems. Los ítems se miden en una escala tipo Likert de 6 puntos, que van desde nunca hasta siempre, los puntajes más altos indican una mayor práctica colaborativa. Las propiedades psicométricas se probaron en un estudio de 200 médicos y 200 enfermeras que fueron seleccionados al azar de las listas de profesionales de la salud afiliados a un único centro de ciencias de la salud en un área metropolitana occidental. La validez de constructo se calculó por medio del análisis factorial, el cual confirmó los dos factores de construcción de la escala. La confiabilidad se determinó con el test- retest y arrojó un coeficiente de 0.83 para la escala con enfermeras y 0.85 para la escala médica. El artículo psicométrico fue citado 15 veces en el Índice de Citación de la Web de Ciencia ISI (Dougherty & Larson, 2005).

La Escala de Practica Colaborativa es una escala fácil de aplicar, su diligenciamiento tarda aproximadamente 5 minutos, sin embargo, como limitante se tiene que cada profesión debe evaluar un aspecto diferente de la colaboración: las enfermeras informan sobre la percepción de la asertividad y, por otra parte, los médicos informan sobre su percepción de la colaboración. A su vez, esta herramienta fue uno de los primeros instrumentos desarrollado para medir la percepción de la enfermera y el médico hacía la colaboración. Su consolidación se dio a mediados de la década de 1980 y posterior a ello, se han desarrollado diferentes instrumentos con una definición más amplia de la colaboración, por lo que se puede considerar la necesidad de actualizar este instrumento antes de usarlo en una investigación actual.

2.2.2 Collaboration and Satisfaction about Care Decisions (CSACD)

La Escala de Colaboración y Satisfacción sobre las Decisiones de Cuidado, mide la colaboración enfermera-médico y la satisfacción con las decisiones de cuidado en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Baggs y Schmitt utilizaron una revisión de la literatura y emplearon el teorema de resolución de conflictos de Thomas y el teorema de coordinación de Thompson para organizaciones complejas, con el objetivo de ampliar los atributos de colaboración más allá de la cooperación y la asertividad. Para esta investigación, se identificaron 4 atributos adicionales: la responsabilidad compartida de la planificación, la toma de decisiones compartidas, la comunicación abierta y la coordinación. En este instrumento se definió la colaboración como: "Las enfermeras y los médicos de las unidades de cuidado intensivo trabajan cooperativamente, compartiendo la responsabilidad de la resolución de problemas y la toma de decisiones, para formular y llevar a cabo planes de cuidado para los pacientes" (Dougherty & Larson, 2005).

La Escala de Colaboración y Satisfacción sobre las Decisiones de Cuidado consta de 9 preguntas medidas en una escala tipo Likert de 7 puntos, que van desde 1, muy en desacuerdo, hasta 7, muy de acuerdo. Seis preguntas miden los atributos críticos de la colaboración, una más mide la cantidad global de colaboración percibida en la UCI y las dos preguntas restantes miden la satisfacción con el proceso de toma de decisiones.

El CSACD fue probado experimentalmente en una muestra de conveniencia de 32 enfermeras de unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y 26 residentes pediátricos que habían trabajado recientemente en la UCIN de un hospital docente. La validez de contenido se desarrolló a partir de una revisión de la literatura y luego fue revisado por 12 enfermeras y médicos expertos en práctica colaborativa. La validez de constructo se realizó por medio del análisis

factorial y un factor único explicó el 75% de la varianza en colaboración. La confiabilidad se calculó con el coeficiente alfa de Cronbach el cual fue de 0.93. El artículo psicométrico fue citado 14 veces en el Índice de Citación de la Web of Science de ISI (Dougherty & Larson, 2005).

La Escala de Colaboración y Satisfacción sobre las Decisiones de Cuidado es una encuesta corta, fácil de completar en un entorno de alta intensidad (UCI) y se usa el mismo instrumento para médicos y enfermeros. La medición de los atributos críticos de la colaboración permite correlacionar elementos individuales con la pregunta de colaboración global. Dado que este instrumento se desarrolló para medir la colaboración y la satisfacción con la toma de decisiones en la UCI, se tiene como limitante la aplicación en otros campos de salud.

2.2.3 ICU Nurse - Physician Questionnaire

Este instrumento mide el clima organizacional con un enfoque en la cultura de unidad, liderazgo, comunicación, coordinación, resolución de problemas y manejo de conflictos. Entendiendo que una cultura y líderes orientados al equipo y al logro y que establecen estándares elevados, ofrecen una comunicación más abierta, precisa y oportuna y más enfoques colaborativos de solución de problemas, lo que resulta en la entrega de una atención más efectiva al paciente (Shortell, Rousseau, Gillies, Devers, & Simons, 1991).

El instrumento original consta de 48 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert de 1 a 5. Los 48 ítems se dividen en 3 factores: factor de orientación del equipo, factor de seguridad de las personas y orientación de seguridad en la tarea. La sub construcción de los factores mide los elementos del clima organizacional antes mencionados. Existen dos encuestas para aplicación a médicos y enfermeras, con preguntas específicas separadas por disciplina para cada uno.

Para determinar la validez psicométrica, se administró el instrumento a una muestra de 40 hospitales. Un total de 1418 enfermeras y 790 médicos devolvieron

los cuestionarios resueltos. La validez de contenido se determinó por medio del análisis factorial, en la que se reportaron 3 factores en total como en la propuesta inicial del instrumento. La confiabilidad se calculó con el alfa de Cronbach el cual fue de 0.70. El artículo psicométrico fue citado 70 veces en el Índice de citas de la ISI Web of Science (Dougherty & Larson, 2005).

El instrumento está diseñado para medir la colaboración a nivel de unidad y para medir los componentes de la organización que facilitan una interacción clínica colaborativa, además fue sometido a pruebas de confiabilidad y validez con una numerosa muestra nacional, sin embargo, es un cuestionario largo que tarda aproximadamente 45 minutos en completarse y ha sido aplicado solamente a médicos y enfermeras en Unidades de Cuidado Intensivo sin poder determinar su aplicabilidad a otras unidades.

2.2.4 Nurses' Opinion Questionnaire (NOQ)

El cuestionario de opinión de enfermeras se basa en la lógica de que la estructura organizativa, el comportamiento del rol y los patrones y métodos de comunicación y colaboración entre los cuidadores (médicos y enfermeras), afectan los resultados del paciente y la satisfacción de la enfermera. El NOQ se desarrolló en el Reino Unido para medir los aspectos físicos y sociales de las salas hospitalarias de emergencia, consta de 98 ítems dentro de seis subescalas: entorno físico de la sala, liderazgo en sala, práctica profesional de enfermería, relaciones laborales de colaboración con médicos, influencia de enfermería y satisfacción laboral.

La prueba para determinar las características psicométricas del NOQ se completó en el Reino Unido con 1499 enfermeras de 119 salas en 17 hospitales. La validez de contenido se llevó a cabo a partir de entrevistas cualitativas y revisión de la literatura. La validez de constructo se realizó a través del análisis de factores, el cual reportó coherencia entre los factores extraídos y la agrupación a priori de ítems en el NOQ, dando como resultado dos factores: consideración de las

enfermeras y valoración de la participación de las enfermeras. La confiabilidad se determinó por medio del alfa de Cronbach el cual fue de 0,81 y el coeficiente de correlación test-retest que fue de 0,77. El artículo psicométrico se citó 9 veces en el Índice de citas de la Web of Science de ISI (Dougherty & Larson, 2005).

El tamaño de la muestra y el alcance nacional del estudio inicial dan fuerza a los resultados de validez y confiabilidad, sin embargo, a pesar de incluir una subescala que mide relaciones laborales de colaboración con médicos, el instrumento es aplicable únicamente a enfermeras, limitando la apreciación de opiniones médicas.

2.2.5 The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)

La escala Jefferson de actitudes hacia la colaboración médico - enfermera se basa en la lógica de que la colaboración interprofesional es una empresa cooperativa basada en autoridad y responsabilidad compartida (Taylor, 1996), que requiere comunicación y toma de decisiones compartida como medio para mejorar la calidad de la atención (Coluccion & Maguire, 1983). Se ha sugerido que el éxito de la colaboración interprofesional depende principalmente de las actitudes de los profesionales entre sí (King, Lee, Henneman, & Taylor, 1993). Cuando los miembros de varias profesiones definen objetivos mutuos y desarrollan relaciones de trabajo satisfactorias para conseguirlos, se produce una colaboración interprofesional.

Dentro de un entorno de colaboración se tiene en cuenta la educación de los profesionales, pues se considera que ésta afecta la actitud de enfermeras y médicos hacia los demás y hacia la colaboración. Es por esta razón que educadores de las profesiones de salud están siendo desafiados una vez más, para reexaminar los currículos y las disciplinas tradicionales.

Las barreras para la colaboración están vinculadas a la historia, especialmente a las diferencias en educación, cultura, estatus social, jurisdicción legal y el lenguaje o el estilo de comunicación y la ambigüedad de roles. En 1967, Stein habló por primera vez del "juego médico - enfermera", en el que las enfermeras eran personas "buenas" que cumplían indicaciones médicas y los médicos eran dueños del conocimiento lo que les otorgaba el poder. Más Recientemente, Stein y sus colegas (1990) volvieron a examinar la relación médico – enfermera, identificando factores subyacentes a los cambios en la relación, incluyendo la disminución de la estima pública de los médicos, el creciente número de enfermeras y mujeres médico y la mejora en la educación de enfermería que se trasladó de su antigua base hospitalaria a la universidad, dando expansión a la profesionalización de enfermería en programas a nivel de posgrado. Las enfermeras aprendieron a mostrar iniciativa frente a los médicos rompiendo la autoridad existente hasta entonces, estos factores permitieron cambiar la imagen y el valor de las enfermeras, dejaron de ser consideradas auxiliares médicos para convertirse en colaboradoras.

Como resultado, muchos médicos y enfermeras se han interesado en trabajar y aprender juntos, según un estudio con estudiantes de medicina y enfermería (Lascinger & Wetson, 1995), cuando los estudiantes entienden los roles de los demás, demuestran una actitud más positiva hacia la colaboración médico - enfermera. A pesar de muchos intentos desde la década de 1970 para introducir el aprendizaje interprofesional en programas de medicina y enfermería, la mayoría de estos programas no han sobrevivido a las barreras como el costo y falta de compromiso de facultades, además de que las áreas comunes de aprendizaje no siempre están bien definidas. Dada la necesidad actual de contener los costos de atención médica, asegurar el acceso de poblaciones desatendidas y ofrecer calidad y efectividad, el mandato de implementar cambios educativos que promuevan la colaboración en la práctica parece más urgente hoy que nunca (Fagin, 1992). No hay duda que la educación formal y las experiencias personales desempeñan roles críticos en el desarrollo de expectativas y actitudes positivas,

por lo que actualmente se recomiendan currículos médicos y de enfermería que contrarresten el aprendizaje no planificado para mejorar una alianza profesional saludable que brinde atención eficaz al paciente.

Con el fin de promover la alianza interprofesional, en el otoño de 1996 se diseñó e implementó un programa de aula y aprendizaje en laboratorio en la Universidad Thomas Jefferson, EE.UU., en el cual participaron todos los estudiantes de enfermería y medicina de primer año; este programa se centró en habilidades clínicas comunes, incluyendo roles y relaciones profesionales. Para entonces se habían desarrollado pocos instrumentos que midieran las actitudes hacia la colaboración profesional, por lo que se hizo necesario contar con un instrumento que permitiera evaluarlo; una escala con características psicométricas adecuadas para medir actitudes hacia la colaboración médico - enfermera.

La Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico – Enfermera (JSAPNC), fue desarrollada originalmente para medir las actitudes hacia los enfermeros y los servicios de enfermería (Herman & Hojat, 1985) posteriormente fue modificada para investigar las actitudes hacia la colaboración médico - enfermera (Hojat, y otros, 1997). Los ítems de la escala original, fueron seleccionados basándose en una revisión de literatura sobre las relaciones médico - enfermera y trataron las áreas de interacción médico - enfermera, toma de decisiones, expectativas del rol, autoridad, autonomía y responsabilidades para el cuidado y monitoreo del paciente. La escala original contenía 20 ítems y para determinar sus propiedades psicométricas se aplicó a 208 estudiantes de medicina y 86 estudiantes de enfermería de la Universidad Thomas Jefferson, entre 1997 y 1998. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos, en orden descendente: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo. Una puntuación mayor, es reflejo de una actitud más positiva hacia colaboración médico - enfermera.

La validez de constructo se determinó por medio del análisis factorial, de la cual surgieron cuatro factores prominentes de la escala: "educación compartida y trabajo en equipo", "cuidar vs curar", "autonomía de la enfermera" y "autoridad del médico". Cinco de los 20 ítems originales no tenían un coeficiente significativo en ninguno de los factores extraídos, por lo que fueron suprimidos de la escala (Hojat, y otros, 1999).

La escala JSAPNC ha sido traducida a 9 idiomas por investigadores internacionales: español, chino, estonio, italiano, japonés, coreano, kurdo, persa y sueco (Jefferson Philadelphia University & Thomas Jefferson University, 2017). La versión en español fue traducida por la coautora en México Adelina Alcorta-González. Un gran número de estudios que se han publicado ha utilizado el instrumento, en algunos de ellos se ha evaluado la validez y confiabilidad de la escala y otros tantos han aplicado el instrumento para medir las actitudes hacia la colaboración. La Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico – Enfermera (JSAPNC) fue revisada en diferentes artículos publicados de origen internacional, obteniendo una validez de contenido, de constructo y una confiabilidad aceptable (Dougherty & Larson, 2005).

La escala JSAPNC es un instrumento corto, de fácil aplicación, multidimensional, que mide diferentes aspectos de las relaciones de colaboración médico - enfermera. La evidencia de fiabilidad y validez de la JSAPNC aplicada extensamente en la educación y práctica de enfermería y medicina, indica alta consistencia interna y sugiere sensibilidad al medir las actitudes hacia la colaboración entre médicos y enfermeras (Ward et al., 2008b), siendo estas, razones por la cuales fue seleccionado este instrumento para su aplicación en el presente proyecto de investigación.

Galeano (2018) desarrolló su investigación partiendo de la versión original en inglés, de la cual como requisito principal para aplicación en Colombia requirió una primera fase de traducción y retro traducción del instrumento por traductores oficiales. Seguido a ello, pretendió determinar la validez de contenido aplicando

un índice de Kappa para determinar la concordancia entre evaluadores, la cual reportó resultados en un nivel de concordancia moderado, con valores menores a 0,54, sin embargo, de acuerdo a recomendaciones de fuentes bibliográficas esta prueba debe contar con un resultado mínimo en 0.8 (McHugh, 2012), por lo cual procedió determinar el índice de validez de contenido del cual tomó como referente los postulados de Lawshe y la modificación al método realizada por Tristán (2008).

Una vez obtuvo el índice de validez de contenido aceptable, determinó la validación de constructo mediante análisis de factores y método de rotación varimax, resultando agrupación de 15 ítems en 6 factores o dimensiones, que se alejaban y contradecían los resultados previos de Hojat y colaboradores, lo que impidió renombrar las dimensiones por no guardar relación de los ítems agrupados en un mismo factor. Galeano (2018), calculo la confiabilidad del instrumento por alfa de Cronbach lo que reportó 0,195, lo que permitió concluir para el contexto colombiano la recomendación de no aplicar este instrumento por considerarse que no replicaba los resultados obtenidos en múltiples estudios a nivel internacional.

De acuerdo con la literatura reportada, la escala JSAPNC es un instrumento corto, de fácil aplicación, multidimensional, que mide diferentes aspectos de las relaciones de colaboración médico - enfermera. La evidencia de fiabilidad y validez de la JSAPNC aplicada extensamente en la educación y práctica de enfermería y medicina en contexto internacional, indica alta consistencia interna y sugiere sensibilidad al medir las actitudes hacia la colaboración entre médicos y enfermeras (Ward et al., 2008b), siendo estas, razones por la cuales fue seleccionado este instrumento para su aplicación en el presente proyecto de investigación y con ello determinar definitivamente sus características psicométricas y la posibilidad de su aplicación en Colombia.

3. Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

Esta investigación se abordó con un diseño de tipo metodológico, de acuerdo a Polit el objetivo de estos diseños es: “orientar el desarrollo de instrumentos confiables y funcionales de tal manera que otros investigadores los puedan utilizar para evaluar si se han logrado sus propósitos” (Polit & Hungler, 2000).

Existen tres atributos fundamentales que reporta la literatura científica para el uso de los instrumentos de medición, estos son la objetividad, la validez y la confiabilidad. De acuerdo con Tristán & Pedraza (2017), la objetividad es el atributo que cuenta con menor sustento bibliográfico y esto se debe a ser “el más complejo de definir y de aprehender”. Por esta razón, para el desarrollo de la presente investigación, se desarrolló la validez y confiabilidad como fases de validación y trató de controlarse los sesgos que pudieran presentarse con el fin de incluir la objetividad.

Para realizar la validación del instrumento de la escala Jefferson, de actitudes hacia la colaboración entre médicos y enfermeros, pueden seguirse diferentes referentes teóricos y se requiere tomar decisiones que lleven a culminar la investigación y permitan concluir las propiedades psicométricas de la escala. Para el desarrollo del presente estudio se contó con asesoría de expertos en el tema y se siguieron las recomendaciones que han sido frecuentemente reportadas en la literatura. Todo el proceso se llevó a cabo mediante diferentes fases. La primera determina la validez del instrumento, entendiendo esto como la capacidad que

tiene un instrumento para medir lo que se pretende medir, es decir, el rasgo para el cual fue creado.

3.2 Validez facial

3.2.1 Variable

Sánchez expone las variables que debe tener en cuenta el panel de expertos para realizar la validación facial:

- Comprensión: entendimiento que existe al leer cada ítem.
- Claridad: lenguaje empleado y forma de redacción de cada ítem.
- Precisión: hace referencia a sí el ítem está expresado en un lenguaje conciso y exacto, evitando ambigüedades (Cardona Alzate, 2011).

3.2.2 Instrumento

El instrumento empleado para medir la validez facial de la presente investigación contiene los ítems del instrumento original y se adicionarán tres columnas, correspondientes a cada una de las variables mencionadas anteriormente, las cuales serán evaluadas de acuerdo con la escala con puntuación de cero (0) a uno (1), si a juicio de cada evaluador reúne o no la variable respectivamente.

3.2.3 Muestra

“Para establecer la validez facial se deben conformar dos grupos, uno de sujetos que van a ser medidos con la escala y otro de expertos: ellos analizan la escala y dictaminan si ésta realmente parece medir lo que se propone” (Sánchez & Echeverry, 2004).

Los grupos pueden estar conformados por cuatro o cinco personas cada uno, para este caso, los expertos deben contar con experiencia en el manejo de escalas de valoración. Para efectos de la presente investigación, se contó con una muestra de 12 expertos entre ellos psicólogos, profesionales del área de

ciencias de la salud y enfermeros con amplio conocimiento en gestión, gerencia y administración, incluyendo profesionales con experticia en validación psicométrica de instrumentos. El segundo grupo estuvo conformado por 10 profesionales en enfermería, como criterio de inclusión se tuvo en cuenta el dedicarse al cuidado directo de pacientes, laborar en Instituciones públicas o privadas de tercer y cuarto nivel de complejidad en Bogotá y contar como mínimo con un año de ejercicio profesional.

3.2.4 Recolección de datos

Previo consentimiento e instrucciones de diligenciamiento, el instrumento fue enviado vía email a los dos grupos de personas seleccionadas para participar en el estudio.

3.2.5 Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó empleando el índice de aceptabilidad de 0 a 1, donde el resultado más cercano a 1, indicó mayor acuerdo entre evaluadores.

3.2.6 Sesgos

De acuerdo con Polit, este tipo de validez no es indicador de la calidad del instrumento, haciendo necesario determinar otros tipos de validación como se presentan a continuación.

Con fines de mitigar sesgos y obtener acercamiento a la verdad, se contó con el grupo de participantes que reunía las características y condiciones mencionadas anteriormente en la muestra (Sánchez & Echeverry, 2004).

3.3 Validez de contenido

3.3.1 Variable

Para la validez de contenido, Lawshe (1975) propuso un índice de validez basado en la evaluación de cada uno de los ítems del test, como innecesario, útil y esencial para medir el constructo, esta evaluación es realizada por un grupo de expertos en el tema.

3.3.2 Instrumento

El instrumento empleado para determinar la validez de contenido estuvo conformado por los ítems del instrumento original y tres columnas adicionales con cada una de las variables mencionadas, en la cual cada experto determinó si consideraba que el ítem cumplía o no con cada condición (esencial, útil, innecesario).

3.3.3 Muestra

Para esta fase de validación, se siguió como referente a Tristán (2008), quien empleó el método de Lawshe y modificó la ecuación matemática con el fin de demostrar que el reemplazar muestras numerosas de expertos, con las que no es posible contar en la mayoría de investigaciones, aporta igualmente resultados que permiten evaluar la validez de contenido del instrumento en estudio. Siendo así, la muestra estuvo conformada por el grupo de expertos mencionado en la validación facial, 12 personas con experiencia en el manejo y/o validación de escalas psicométricas (psicólogos, enfermeros, profesionales en ciencias de la salud, entre otros).

3.3.4 Recolección de datos

El cuestionario fue enviado vía email junto a las instrucciones de diligenciamiento., para que los participantes evaluaran las variables en mención.

3.3.5 Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó por medio del índice de validez de contenido (IVC), para ello es necesario calcular en primera medida, la razón de validez de contenido y determinar los ítems que son adecuados y deben mantenerse en la versión final del instrumento, aplicando la formula original propuesta por Lawshe: (Tristan, 2008).

Gráfica 1. Fórmula razón validez de contenido

$$RVC = \frac{n - N/2}{N/2}$$

Imagen tomada de: Evidencias sobre validez de contenido (Pedrosa & García-cueto, 2013)

Donde:

n = es el número de expertos que otorgan la calificación de esencial al ítem.

N = el número total de expertos que evalúan el contenido.

Finalmente, se calcula el Índice de Validez de Contenido (CVI, Content Validity Index por sus siglas en inglés) para el instrumento en su conjunto, el cual es un promedio de la validez de contenido de todos los ítems seleccionados en el paso previo.

Gráfica 2. Fórmula índice validez de contenido

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Imagen tomada de: Modificación al Modelo Lawshe (Tristan, 2008)

Donde:

CVR_i = Razón de validez de contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M = Total de ítems aceptables de la prueba.

3.3.6 Sesgos

Este aspecto de la validez tiene un límite temporal, es decir a medida que el experto tenga más conocimiento, será más difícil llegar a un acuerdo común y es probable que el instrumento necesite ser remodelado (Latour & Cabello, 1997). Para mitigar este sesgo y buscando obtener resultados producto de un acuerdo, se contó con un número de expertos calificados en el tema (Corral, 2009).

3.4 Validez de constructo

3.4.1 Variable

Como variable se tuvo en cuenta cada ítem del instrumento original, es decir, fue evaluado el grado de acuerdo de los participantes con los 15 ítems en total.

3.4.2 Instrumento

El instrumento empleado para esta etapa de validación fue la versión en español de la escala JSAPNC, Escala Jefferson de actitudes hacia la colaboración médico – enfermero. El cual fue presentado a cada uno de los participantes junto a las instrucciones de diligenciamiento.

3.4.3 Muestra

Sánchez sugiere que para efectuar este tipo de análisis se requiere como mínimo cinco participantes por cada ítem que tenga el instrumento y no ser menos de 100 personas en total (Sánchez & Echeverry, 2004). Los criterios de inclusión tenidos en cuenta para conformar la muestra son: médicos y profesionales de enfermería que se dediquen al cuidado directo de pacientes, que cuenten con un año de

ejercicio profesional como mínimo y que actualmente laboren en instituciones públicas, privadas o mixtas de tercer y cuarto nivel de complejidad en Bogotá.

3.4.4 Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo enviando una versión electrónica del instrumento a los participantes vía email, junto a las respectivas indicaciones para su diligenciamiento.

3.4.5 Análisis de datos

Para evaluar la validez de contenido fue aplicado el método estadístico de análisis factorial (Sánchez & Echeverry, 2004).

4.4.6 Sesgos

Para este caso pueden existir sesgos con la recolección de datos, así como en el análisis. Para mitigar estos sesgos, una persona diferente al investigador principal, con el entrenamiento necesario y conocimiento del objetivo y temática del estudio, se encargó de aplicar el instrumento para evitar influencia en los resultados, por otra parte, previa aplicación del instrumento se realizó una revisión de las instrucciones del diligenciamiento para confirmar una fácil comprensión del mismo. El análisis de la información obtenida fue asesorado por profesionales de estadística con experticia en el tema de psicometría, evitando influencias de parte del investigador, quien solo actuará recopilando la información.

3.5 Confiabilidad

La confiabilidad es el grado en que un instrumento mide con precisión y sin error, evalúa si el instrumento funciona de manera similar bajo diferentes condiciones, que dependen del instrumento, el tiempo de aplicación y del clínico que hace la medición (Sánchez & Echeverry, 2004).

3.5.1 Variable

La medición de la confiabilidad para este estudio se determinó con la consistencia interna, la cual es óptima para la aplicación única de un test (Cardona Alzate, 2011).

3.5.2 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó a través del coeficiente alfa de Cronbach para determinar la correlación entre ítems (Cardona Alzate, 2011).

3.5.3 Sesgos

Para este caso, pueden presentarse sesgos en el análisis de la información, por lo que se contó con la asesoría metodológica y estadística por parte de expertos, para aminorar el riesgo.

3.6 Aspectos éticos a considerar

Este estudio se realizó conforme a la Ley 911 de 2004, que establece para el profesional de enfermería que siempre que participe en procesos de investigación, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental, de este modo conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales. Del mismo modo el profesional de enfermería respetará la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y otros profesionales que comparten su función de investigación y de docencia (Congreso de la Republica de Colombia, 2004).

Así mismo, la investigación respondió a la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y expone en su primer capítulo, artículo 14 y 15 que los sujetos serán parte del estudio, previo consentimiento informado y tendrán claro

que será respetada la dignidad, privacidad y podrán retirar libremente su consentimiento en cualquier momento del estudio sin que ello represente perjuicio alguno. En relación a la categoría de riesgo, el estudio es clasificado como una investigación sin riesgo, puesto que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (Ministerio de Salud, 1993).

En el presente trabajo se aplicaron además, las disposiciones del Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico, “Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia”, así pues, de acuerdo a la norma, el investigador principal tendrá el derecho moral del producto de la investigación y la Universidad Nacional de Colombia, el derecho patrimonial (Consejo Académico, 2003).

Se tuvieron en cuenta también, las citas y referencias de los autores que son consultados como sustento y se presentan a lo largo del trabajo de acuerdo con la referenciación indicada para la publicación de trabajos escritos.

Con respecto al uso del instrumento, se solicitó aprobación y autorización por parte del autor original, obteniendo respuesta positiva por parte de este.

Finalmente, para cada uno de las evidencias de validez, los participantes se convocaron vía email y quienes aceptaron de manera voluntaria a participar en el diligenciamiento del instrumento lo retornaron junto a la autorización del consentimiento escrito, en un plazo máximo que había sido establecido e informado. La información se mantendrá bajo confidencialidad y anonimato, con uso exclusivo para fines académicos, por lo que no fueron ni serán mencionados los nombres de los participantes. No existe riesgo alguno para los participantes, por lo tanto, no se prevé compensación alguna. Respecto a la custodia de los datos, estos reposarán en el archivo personal de la investigadora, por un periodo hasta de dos años luego de finalizada la investigación, tras lo cual serán destruidos.

3.7 Impactos esperados

Contar con un instrumento válido y confiable en el país, permitirá conocer las actitudes de médicos y enfermeros hacia la colaboración y con ello las instituciones podrán implementar estrategias que fortalezcan la colaboración interprofesional y mejoren la calidad de atención prestada a los pacientes, obteniendo mejores resultados.

3.8 Medios de divulgación del conocimiento

Los resultados del presente estudio serán presentados por medio de la publicación de un artículo científico en una revista indexada, y con la socialización de dichos resultados en eventos académicos de enfermería.

4. Resultados

El presente capítulo consolida los resultados del estudio dando cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos propuestos, de tal forma que a continuación se presentan en su orden los resultados obtenidos para la validez facial o aparente, seguida de la validez de contenido, posterior a ello, la validez de constructo y se finaliza determinando la confiabilidad del instrumento “Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)”.

4.1 Validez Facial

La validez facial o aparente hace referencia al grado en que un instrumento o test, parece que mide lo que con él se pretende medir (España, 2018). La validez facial del instrumento “Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)” se estableció según criterios de evaluación relacionados con la comprensión, claridad y precisión de los reactivos (ítems). Para ello, se procedió a la selección de un grupo de expertos definido éste como un grupo de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-p & Iberoamericana, 2008). Para seleccionar los expertos, Skjong & Wentworth (2000) proponen los siguientes criterios de selección:

- Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras).
- Reputación en la comunidad.
- Disponibilidad y motivación para participar.

- Imparcialidad y adaptabilidad.

También plantean que los expertos pueden estar relacionados por educación similar, entrenamiento, experiencia, entre otros.

De esta forma, previo consentimiento para participación, los reactivos del instrumento fueron validados por 22 evaluadores quienes se distribuyeron en dos grupos a saber: el primero estuvo conformado por 12 profesionales expertos, con experiencia en investigación, docencia, administración y psicometría (Ver tabla 1). El segundo grupo conformado por 10 profesionales de enfermería con experiencia en el cuidado directo de pacientes (Ver tabla 2). El perfil de los expertos convocados se observa en el Anexo D.

Tabla 1. Características grupo de expertos

Categoría	Grupo 1.	Número	%
Profesional	Enfermero(a)	9	75
	Médico	1	8.3
	Psicólogo(a)	2	16.7
Género	Masculino	4	33.4
	Femenino	8	66.6
Nivel posgradual	Magister	11	91.7
	Doctorado	1	8.3
Experiencia laboral	Docencia e investigación	8	66.6
	Auditoría e investigación	1	8.3
	Gestión hospitalaria	1	8.3
	Psicometría	1	8.3
	Administración	1	8.3

Fuente: Datos propios del estudio

Tabla 2. Características grupo de profesionales de enfermería

Categoría	Grupo 2	Número	%
Profesional	Enfermero(a)	10	100
Género	Masculino	5	50
	Femenino	5	50
Nivel posgradual	Universitario	4	40
	Especialista	6	60
Experiencia laboral	Materno perinatal	2	20
	Salas de cirugía	2	20
	Urgencias	3	30
	Cuidado crítico	3	30

Fuente: Datos propios del estudio

Respecto a la valoración de cada reactivo, los evaluadores puntuaron entre cero (0) y uno (1). En caso de considerar el reactivo comprensible, claro y preciso la puntuación ofrecida era de uno (1), en caso contrario su valoración era de cero (0).

Para analizar los resultados se utilizó el índice de aceptabilidad, el cual se obtuvo por la sumatoria de los valores calificados por los evaluadores para cada reactivo, en cada una de las variables de comprensión, precisión y claridad, sobre el total de evaluadores, entendiendo que los resultados cercanos a uno (1) evidencian mayor grado de acuerdo entre los evaluadores (Parra & Arango, 2010). A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

En la tabla 3, se registra la validez aparente o facial obtenida por el grupo de expertos, en ella se encuentra el índice de aceptabilidad de los 15 reactivos, para cada variable. El índice de aceptabilidad para la comprensión fue de 0.91; para claridad fue de 0.85; para precisión correspondió a 0.8; el promedio del total de la

escala teniendo encuenta las variables referidas fue de 0.86, lo que implica que existe acuerdo en el grupo de expertos para determinar la validez facial.

Tabla 3. Validez facial por expertos

Variable	Comprensión	Claridad	Precisión	Promedio total Escala Jefferson
Índice de aceptabilidad	0,91	0,85	0,81	0,86

Fuente: Datos propios del estudio

En la tabla 4, se registra la validez aparente o facial obtenida por el grupo de profesionales en enfermería, en ella se encuentra el índice de aceptabilidad de los 15 reactivos, para cada una de las variables. Para la variable comprensión, se obtuvo un índice de aceptabilidad de 0.89, para la variable claridad el índice de aceptabilidad fue de 0.84 y para la variable precisión, se obtuvo un índice de aceptabilidad de 0.81.

La quinta columna de la tabla 4, presenta el promedio total obtenido para la escala Jefferson, el cual fue de 0.85, lo que quiere decir que existe acuerdo en el grupo de profesionales en enfermería al momento de evaluar cada ítem en términos de comprensión, claridad y precisión.

Tabla 4. Validez facial obtenida por profesionales en enfermería

Variable	Comprensión	Claridad	Precisión	Promedio total Escala Jefferson
Índice de aceptabilidad	0,89	0,84	0,81	0,85

Fuente: Datos propios del estudio

En la tabla 5, se registra la validez aparente o facial obtenida por el total de evaluadores, esto es, sumando los expertos y los profesionales en enfermería. Allí se visualiza respecto a la aceptabilidad de las variables que para la comprensión su índice de aceptabilidad fue de 0.90, para la variable claridad fue de 0.84 y para la precisión, correspondió a 0.8. El promedio total de la escala en este caso correspondió a 0.85 lo que significa que el instrumento en términos de comprensión, claridad y precisión es aceptable por los participantes.

Tabla 5. Validez facial total

Variable	Comprensión	Claridad	Precisión	Promedio total Escala Jefferson
Índice de aceptabilidad	0,90	0,84	0,81	0,85

Fuente: Datos propios del estudio

También se realizó un análisis individual de los reactivos de la escala para verificar las variables comprensión, claridad y precisión. Respecto a sus puntajes promedios se observó que la mayor puntuación fue obtenida para la variable comprensión con un índice de aceptabilidad de 0.89, seguida de la variable claridad con un 0.84 y de 0.82 para la variable precisión, lo que en conjunto reportó para las tres variables un promedio de 0.85. Llamó la atención que el reactivo 8 “Los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud” fue el que menor puntaje obtuvo en términos de la variable comprensión con un promedio de 0,67 y de 0,71 para la variable claridad, sin embargo, difiere en términos de la variable precisión, la cual se estableció en 0.85 (ver tabla 6).

Tabla 6. Validez facial por ítem para cada variable

Ítem	Comprensión	Claridad	Precisión	Promedio
1	0,85	0,82	0,76	0,81
2	0,95	0,82	0,73	0,83
3	0,90	0,73	0,77	0,80
4	0,95	0,85	0,81	0,87
5	0,85	0,81	0,77	0,81
6	0,95	0,78	0,72	0,82
7	0,95	0,86	0,80	0,87
8	0,67	0,71	0,85	0,74
9	0,85	0,90	0,90	0,88
10	0,85	0,80	0,72	0,79
11	0,95	0,95	0,87	0,93
12	0,80	0,79	0,80	0,80
13	0,91	0,95	0,86	0,91
14	0,91	0,95	0,95	0,94
15	1,00	0,90	0,91	0,94
PROMEDIO TOTAL	0,89	0,84	0,82	0,85

Fuente: Datos propios del estudio

4.1.1 Comportamiento variable comprensión

Como lo señala la tabla 6, respecto a la comprensión, el reactivo 8, *“Los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud”* presenta un valor de 0.67, siendo éste el único ítem que presenta una puntuación menor del rango aceptable 0.70 – 1. Por otra parte, el reactivo 15 *“Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermería deberían de incluirse en sus programas de educación”* fue el que mayor puntuó y se estableció en 1.0. Por conglomerado, el promedio para la variable comprensión se ubicó en 0.89.

4.1.2 Comportamiento variable claridad

Respecto a la claridad, ningún reactivo obtuvo puntuaciones menores de 0.70, sin embargo, entre las puntuaciones menores se encuentran el ítem 3 *“Durante su formación, estudiantes de medicina y enfermería deberían de participar en grupos*

de trabajo para entender mejor sus respectivos roles” y el ítem 8 “Los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud”, con una puntuación de 0.73 y 0.71 respectivamente. Por otra parte, los reactivos 11 “Enfermería debería de involucrarse en la elaboración de la normatividad y la toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital”, el 13 “Enfermería debería de aclarar con el médico las órdenes que ellos sienten que pudiera potencialmente ir en detrimento del bienestar del paciente” y el 14 “Los médicos deberían de ser educados para establecer una relación de colaboración con enfermería” obtuvieron la mayor puntuación, establecida en 0.95 para cada uno. Por conglomerado el promedio para la variable claridad se ubicó en 0.84.

4.1.3 Comportamiento variable precisión

Respecto a la precisión, ningún reactivo obtuvo puntuación menor al valor aceptable. Entre los reactivos con menor puntaje se encuentran el numeral 6 *“Existen muchas áreas de responsabilidad que coinciden entre médicos y enfermeros (as)”* y el reactivo 10 *“La función primaria de enfermería es el cumplir con las órdenes del médico”* con una puntuación de 0.72 cada uno.

Por otra parte, el reactivo 14 *“Los médicos deberían de ser educados para establecer una relación de colaboración con enfermería”* fue el que mayor puntuó y se estableció en 0.95, por conglomerado el promedio para la variable precisión se ubicó en 0,85 (Ver tabla 6).

4.1.4 Observaciones y versión final del instrumento

La tabla 7 agrupa la versión original de cada ítem del instrumento, las observaciones y sugerencias obtenidas por los evaluadores y la versión final del ítem con los ajustes realizados. Respetando la confidencialidad de los evaluadores, cada participante fue codificado alfanuméricamente, de tal manera que de acuerdo con el consecutivo se le identificó con la letra <<E>> y el número secuencial correspondiente.

Tabla 7. Consolidado observaciones y versión final de ítems

Ítem original		Observaciones obtenidas	Versión final del ítem
1	Enfermería debería de ser considerada como un colaborador y colega del médico en lugar de verlo como un asistente.	<i>E-11. "Debe cambiarse la palabra Enfermería por el profesional en Enfermería para mayor claridad y precisión del ítem".</i>	El profesional de enfermería debería ser considerado como un colaborador y colega del médico en lugar de verlo como un asistente.
2	Enfermería está calificada para valorar y responder a los aspectos psicológicos de las necesidades de los pacientes.	<i>E-7. "Las enfermeras sí, los auxiliares de enfermería posiblemente no. La palabra enfermería incluye los dos niveles de formación".</i>	El profesional de enfermería está calificado para valorar y responder a los aspectos psicológicos de las necesidades de los pacientes.
3	Durante su formación, estudiantes de medicina y enfermería deberían de participar en grupos de trabajo para entender mejor sus respectivos roles.	<i>E-6. "Durante su formación, considera que los estudiantes de medicina y enfermería deberían participar en grupos de trabajo..."</i> <i>E-11. "Recomiendo cambiar "su formación" por la formación".</i>	Durante la formación, estudiantes de medicina y enfermería deberían participar en grupos de trabajo para entender mejor sus respectivos roles.
4	Enfermería debería de participar en la elaboración de las normas que afectan sus condiciones de trabajo.	<i>E-9. "Quitar el artículo: de".</i> <i>E-11. "Sugiero profesionales de enfermería y no enfermería, porque esta última es la disciplina"</i>	El profesional de enfermería debería participar en la elaboración de normas que afectan sus condiciones de trabajo.
5	Enfermería debería de ser responsable de los cuidados que brinda a los pacientes.	<i>E-9. "Quitar el artículo: de".</i> <i>E-11. "Sugiero profesionales de enfermería y no enfermería."</i>	El profesional de enfermería debería ser responsable de los cuidados que brinda a los pacientes.
6	Existen muchas áreas de responsabilidad que coinciden entre médicos y enfermeros (as).	<i>E-4. "No es claro a que se refiere con la palabra áreas de responsabilidad o se refiere a áreas de trabajo o ámbitos que comparten responsabilidades"</i> <i>E-6. "Sugiero: Existen muchas áreas de responsabilidad que involucran a médicos y enfermeras".</i>	Existen muchas áreas de trabajo donde médicos y enfermeros comparten responsabilidades.
7	Enfermería tiene habilidad especial para la educación y el manejo psicológico de los pacientes.	<i>E-4. "Sugiero separar la educación, del manejo psicológico y para el manejo psicológico ya hubo otra pregunta, por lo que sugiero dejar en este solo la educación".</i> <i>E-4. "Capacitación en vez de habilidad especial"</i>	El profesional de enfermería está capacitado para educar a los pacientes.

8	Los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud.	E-8. “Autoridad dominante es una palabra que denota autoridad sobre el resto del equipo de salud, lo cual va en contravía del trabajo colaborativo, sugiero cambiar por líder”.	Los médicos deben liderar todo asunto en salud.
9	Médicos y Enfermeras (os) deberían contribuir en las decisiones sobre las altas de los pacientes.	E-5. “Sugiero en vez de altas, salida, egreso entre otros”.	Médicos y profesionales de enfermería deberían contribuir en las decisiones sobre el egreso de los pacientes.
10	La función primaria de enfermería es el cumplir con las órdenes del médico.	E-10. “Recomiendo profesionales de enfermería y no enfermería, porque esta última es la disciplina”.	La función primaria del profesional de enfermería es cumplir con las órdenes del médico.
11	Enfermería debería de involucrarse en la elaboración de la normatividad y la toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital.	E-4. “No es claro qué tipo de normatividad. Del hospital, del ejercicio profesional...”	El profesional de enfermería debería involucrarse en la elaboración de normas y toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital.
12	Enfermería debería de ser responsable de monitorear los efectos del tratamiento médico.	E-9. “Quitar el artículo: de”.	El profesional de enfermería debería ser responsable de monitorear los efectos del tratamiento médico.
13	Enfermería debería de aclarar con el médico las órdenes que ellos sienten que pudiera potencialmente ir en detrimento del bienestar del paciente.	E-9. “Quitar el artículo: de”. E-8. “Utilizar la palabra sienten lo enmarca en la subjetividad, sugiero cambiar por saben o conocen o identifican”	El profesional de enfermería debería aclarar con el médico las órdenes que identifican que pudieran ir en potencial detrimento del bienestar del paciente.
14	Los médicos deberían de ser educados para establecer una relación de colaboración con enfermería.	E-7. “Sugiero: los médicos dentro de su formación profesional deberían recibir educación para establecer una relación y trabajo colaborativo con enfermería” E-6. “Sugiero cambiar la palabra educados, por formados”.	Los médicos deberían ser formados para establecer una relación de colaboración con el profesional de enfermería.
15	Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermería deberían de incluirse en sus programas de educación.	E-4. “Se sugiere clarificar relaciones interprofesionales, considero que el término más pertinente es trabajo en equipo o trabajo multidisciplinario”	En los programas de formación de médicos y profesionales de enfermería debería incluirse el trabajo en equipo.

Fuente: Datos propios del estudio

4.2 Validez de Contenido

La validez de contenido se refiere al “grado en que los ítems que componen el instrumento o test presentan una muestra adecuada de los contenidos a los que se refiere, sin omisiones y sin desequilibrios de contenido” (Alicante, 2018).

Para el cálculo de la validez de contenido, Charles H. Lawshe (1975), propuso uno de los índices más conocidos en este campo, denominado como Índice de Validez de Contenido (IVC). Este método consiste en la organización de un Panel de Evaluación de Contenido, constituido por un gran número de expertos o especialistas en la tarea a valorar ya sea por sus competencias, habilidades, conocimientos, funciones o capacidades, quienes al final emiten su opinión en solo tres categorías: esencial, útil pero no esencial y no necesario.

En la metodología del Panel se continúa revisando la coincidencia respecto a la opinión de cada panelista en las categorías predeterminadas buscando especialmente la coincidencia de la categoría <esencial> para valorar el acuerdo entre los participantes, así se espera que más del 50% de acuerdos deberían ocurrir para considerar que el ítem valorado tiene cierto grado de validez de contenido. Para lograr esto, C. H. Lawshe planteo el cálculo de la Razón de Validez de Contenido RVC o CVR (por su expresión original en inglés: *Content validity ratio*), la cual relaciona el número de panelistas que tienen un acuerdo en la categoría <esencial> y el número total de panelistas que participaron en el estudio, formula que se presenta en párrafos más adelante.

Ante la dificultad para la conformación de un panel de evaluación de contenido con un gran número de expertos como lo sugiere Lawshe, se siguió la recomendación de Tristán (2008) quien modifica la fórmula matemática sin que se vea afectado el resultado, de este modo, para el desarrollo del presente estudio se contó con una muestra constituida por 12 expertos quienes valoraron en forma individual cada uno de los ítems que constituye el instrumento Jefferson, la

selección de expertos se hizo siguiendo las recomendaciones de Escobar (2008) entre los que cuentan: personas con trayectoria en el tema, reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. Estas personas previo consentimiento informado, evaluaron cada ítem de acuerdo con la recomendación de Lawshe (el perfil de cada evaluador puede observarse en el Anexo C).

el procesamiento de la información inicialmente se integró a una matriz Excel para su posterior cálculo programático respectivo.

Como se indicó anteriormente y de acuerdo a lo instaurado en la metodología por Lawshe, se solicitó a cada evaluador asignar una puntuación basada en tres posibilidades: a) que el ítem o reactivo fuera –esencial-, b) que el ítem o reactivo fuera útil o prescindible, y c) que el ítem o reactivo sea considerado innecesario (Pedrosa & García-cueto, 2013), seguidamente se procedió a calcular la RVC.

La RVC puede tomar valores de -1 a +1 para que se pueda interpretar como si fuera una correlación, de tal modo que la RVC es negativa si el acuerdo ocurre en menos de la mitad de los jueces o panelistas; es nula si se tiene exactamente la mitad de acuerdos en los panelistas y es positiva si hay más de la mitad de acuerdos (Tristan, 2008). Finalmente, se calculó el Índice de Validez de Contenido para el instrumento en su conjunto

La tabla 8 presenta los resultados obtenidos por cada evaluador para cada ítem del instrumento Jefferson y expone el resultado de la razón de validez de contenido, para el presente estudio, la RVC para cada reactivo fue positiva.

Los ítems 1, 3, 7, 9, 11, 12, 13, 14 y 15 obtuvieron total de acuerdos entre los expertos, quienes consideraron dichos reactivos como esenciales, obteniendo una RVC igual a 1.

Los ítems 5, 8 y 10 obtuvieron la menor razón de validez de contenido, siendo esta de 0,3 para el reactivo 8 y de 0,5 para los reactivos 5 y 10. A pesar de obtener el menor acuerdo entre evaluadores, se puede considerar que estos ítems tienen cierto grado de validez de contenido, por obtener acuerdo de más del 50% entre evaluadores para la categoría esencial (Tristan, 2008).

Tabla 8. Razón validez de contenido

Panel de Evaluación: número de experto	Reactivos del Instrumento Jefferson														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
E - 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E - 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E - 3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
E - 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E - 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E - 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
E - 7	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E - 8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
E - 9	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
E - 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E - 11	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E - 12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
N (total expertos)	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
n (expertos que califican como esencial el ítem)	12	11	12	11	9	11	12	8	12	9	12	12	12	12	12
RVC (razón validez de contenido)	1	0,8	1	0,8	0,5	0,8	1	0,3	1	0,5	1	1	1	1	1

Fuente: Datos propios del estudio

Posterior al cálculo de la razón de validez de contenido, se procedió a determinar el índice de validez de contenido para la escala total, teniendo en cuenta el banco total de reactivos del instrumento original (ver tabla 9).

En este caso, la sumatoria de las RVC obtenida para cada ítem es igual a 12,7 la cual se divide en 15, que es el número total de reactivos de la escala, obteniendo un índice de validez de contenido de 0.84; lo que permite afirmar que el conjunto de ítems de la escala Jefferson de actitudes hacia la colaboración médico – enfermero, tiene una validez de contenido aceptable al obtener un resultado mayor a 0.58 (Tristan, 2008).

Tabla 9. Índice validez de contenido

Σ RVC	Ítems	IVC
12,7	15	0,84

Fuente: Datos propios del estudio

4.3 Validez de Constructo

La validez de constructo hace referencia al grado en que el instrumento de medida que se está evaluando, cumple con medir el concepto teórico que deseaba medir (Alicante, 2018). Para esta fase de validación fueron tenidos en cuenta los 15 reactivos de la versión en español del instrumento JSAPNC y se creó una versión electrónica del instrumento la cual fue enviada a profesionales en medicina y enfermería de diferentes instituciones de tercer y cuarto nivel de complejidad, quienes previo consentimiento aceptaron el diligenciamiento del instrumento y lo retornaron, obteniendo una muestra final con 206 participantes (Ver: Anexo: G).

4.3.1 Características sociodemográficas de los participantes

En la tabla 10 se consolidan los resultados de los participantes en la validez de constructo en la presente investigación, allí se identifica que fueron 206 evaluadores de los cuales el 67% (138) son mujeres y el 33% (68) son hombres. En cuanto a su edad el 91.3% tenían entre 23 y 37 años, solo el 9,7% superaban este rango y se ubicaron entre 38 a 53 años.

El 67% (138) tenían 4 años o menos de experiencia laboral, solo el 33% superaban tal condición. Respecto a la formación académica, el 68% solo contaba con pregrado, el 22% era especialista y el 10% tenía alguna maestría.

El 25% son médicos y el 75% profesionales de enfermería. Respecto a las áreas de desempeño laboral, se consideraba criterio de inclusión trabajar en unidades hospitalarias de cuidado directo al paciente. En orden descendente se encuentra que el 49% labora en urgencias, el 33% trabaja en unidades de cuidado intensivo, el 9% labora en unidades de salud mental y salas de hospitalización, el 7% se desempeña laboralmente en servicios de cirugía, ginecología y salas maternidad y el 2% restante labora en servicios de oncología y unidades de trasplante.

Respecto al carácter de la institución en la que laboran los participantes del estudio, se encuentra que el 85% labora en instituciones de carácter privado, el 8% trabaja en instituciones de carácter mixto y el 7% restante de la muestra, lo hace en instituciones de carácter público.

De acuerdo al nivel de complejidad de las instituciones en las que laboran los participantes del estudio, el 27% de participantes se desempeña en instituciones de III nivel y el 73% lo hace en instituciones de IV nivel de complejidad.

Tabla 10. Características sociodemográficas de los participantes en la validez de constructo

Variable	Característica	Número	%
Género	Hombre	68	33%
	Mujer	138	67%
Edad	23 a 37 años	188	91.3%
	38 a 53 años	18	8.7%
Años de experiencia laboral	1 a 4 años	138	67%
	4.1 años y mas	68	33%
Formación académica	Pregrado	140	68%
	Especialización	45	22%
	Maestría	21	10%
Cargo	Médico (a)	52	25%
	Enfermero (a)	154	75%
Área de desempeño	Cirugía, ginecología y salas de maternidad	14	7%
	Oncología y unidad de trasplante	4	2%
	Hospitalización y unidad de salud mental	19	9%
	Urgencias	100	49%
	Unidad Cuidado Intensivo	69	33%
Carácter institucional de labor	Público	14	7%
	Mixto	16	8%
	Privado	176	85%
Nivel de complejidad institucional	Tercer nivel	56	27%
	Cuarto nivel	150	73%

Fuente: Datos propios del estudio

4.3.2 Análisis de factores

El análisis de factores es una técnica que permite reducir los datos para encontrar grupos homogéneos de las variables existentes. El objetivo es agrupar las variables que se correlacionan entre sí, para reducir el número de dimensiones que explican la respuesta de los participantes (Halweb, n.d.).

Para esta fase del estudio fue usado el paquete estadístico SPSS versión 19, a través de la opción factor, obteniendo como resultado una varianza total de 52,5% explicada por 4 factores (tabla 11). La varianza es una medida de dispersión que representa la variabilidad de los datos obtenidos respecto a su media (EcuRed, 2018).

Tabla 11. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,416	16,108	16,108	2,416	16,108	16,108	2,214	14,762	14,762
2	2,146	14,304	30,411	2,146	14,304	30,411	2,174	14,494	29,256
3	1,857	12,382	42,794	1,857	12,382	42,794	1,999	13,327	42,583
4	1,465	9,766	52,559	1,465	9,766	52,559	1,496	9,976	52,559
5	,973	7,821	60,381						
6	,909	6,727	67,108						
7	,836	5,576	72,684						
8	,796	5,304	77,989						
9	,692	4,616	82,605						
10	,686	4,576	87,180						
11	,576	3,839	91,019						
12	,403	2,688	93,707						
13	,356	2,373	96,080						
14	,341	2,275	98,355						
15	,247	1,645	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales. Programa estadístico SPSS versión 19

La fase de rotación se llevó a cabo usando el método de extracción de componentes principales en el programa estadístico SPSS, obteniendo como resultado la agrupación de las variables en 4 factores o componentes. La rotación de factores pretende transformar la matriz inicial en una que sea más fácil de interpretar, identificando factores que sean sustancialmente significativos. Para esta fase se usó el método de rotación varimax propuesto por Kaiser en 1958, este es un método de rotación ortogonal (los factores no se relacionan entre sí), que trata de minimizar el número de variables que tienen alta carga en un mismo factor permitiendo el fortalecimiento de la interpretabilidad de los factores. Este es el método más utilizado y ofrece una clara separación entre factores (Grajales, 2000).

La tabla 12 presenta la matriz de correlaciones de las variables en los 4 componentes obtenidos.

El factor 1 aportó el 16,1% de la varianza total y agrupó los ítems: 5, 11 y 13, estos ítems hacen referencia a labores realizadas por el profesional de enfermería y se catalogan como la autonomía de este.

El factor 2 aportó el 14,3% de la varianza total y agrupó los ítems: 1, 3, 6, 12, 14 y 15, estos ítems hacen referencia a la colaboración y educación entre médicos y profesionales de enfermería.

El factor 3 aportó el 12,3% de la varianza total y agrupó los ítems 8 y 10 que hacen referencia a la autoridad del médico y además agrupó el ítem 9 que se refiere a las decisiones que deberían tomar médicos y profesionales de enfermería en el egreso de los pacientes.

Finalmente, el factor 4 aportó el 9,7% de la varianza total y agrupó los ítems: 2, 4 y 7 que se refieren a capacidades que posee el profesional de enfermería y a las actividades en las cuales debería participar.

Tabla 12. Matriz de componentes

	Componente			
	1	2	3	4
Var5	,874	-,069	,127	-,109
Var11	,771	,061	-,055	,156
Var13	,749	-,152	-,084	-,228
Var1	,074	,672	-,066	,185
Var15	-,075	,620	,048	,020
Var12	-,134	,602	,226	-,372
Var3	-,102	,599	,023	-,232
Var14	,332	,500	-,432	,120
Var6	,306	,333	-,111	,206
Var10	,023	,088	,817	-,043
Var8	,131	,158	,715	,338
Var9	,118	,149	-,693	,089
Var2	,022	-,070	-,032	,738
Var4	,018	,401	-,151	,517
Var7	,139	,075	-,183	-,435

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

4.4 Confiabilidad

Para calcular la confiabilidad del instrumento JSAPNC fue empleado el coeficiente Alfa de Cronbach a través del programa estadístico SPSS en su versión 19, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla 13. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,350	15

Fuente: Datos propios del estudio

El instrumento obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.350, resultado que se encuentra por debajo del valor aceptado como confiable. De acuerdo a (Ruiz, n.d.) un

coeficiente de confiabilidad se considera aceptable cuando está por lo menos en el límite superior (0,80) de la categoría “Confiabilidad Alta”.

Ante el resultado obtenido se procedió a explorar como ejercicio académico, el Alfa de Cronbach para diferentes submuestras de la población clasificadas por género, profesión, nivel educativo, carácter de institución y nivel de complejidad, sin obtener diferencia significativa en el resultado.

Por otra parte, se procedió a calcular la confiabilidad explorando las categorías o dimensiones por separado y suprimiendo los reactivos que podrían tener juicio de valoración como lo son el ítem 8 y 10, que se agrupan en la categoría “Autoridad del médico” y que obtuvieron resultados menores en las fases de validez. De esta manera se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,5 (Tabla 14) que, si bien muestra un resultado superior, aún no se encuentra en un rango aceptable.

Tabla 14. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,505	13

Fuente: Datos propios del estudio

5. Discusión

La escala Jefferson de actitudes hacia la colaboración médico-enfermera (JSAPNC) se basa en la lógica de que la colaboración interprofesional es un proyecto conjunto, con comunicación abierta, autoridad, responsabilidad y toma de decisiones compartida. El instrumento JSAPNC, ha sido sometido a pruebas de validación y ha sido aplicado a estudiantes y profesionales de medicina y enfermería en países como Irán, Turquía, Estados Unidos, Israel, Italia y México coincidiendo en el mismo resultado: un instrumento válido y confiable.

Para promover la alianza interprofesional, en 1996 la Universidad Thomas Jefferson implementó un programa, en el cual participó todo estudiante de medicina de primer año y estudiantes de enfermería, este programa se centró en habilidades clínicas comunes, incluyendo los roles y relaciones de profesionales en salud. Posterior a la implementación del programa se creó un instrumento que permitiera evaluarlo, fue entonces cuando se creó la versión original del instrumento JSAPNC. Para determinar las características psicométricas del instrumento, se llevó a cabo una investigación en la cual el instrumento fue aplicado a 208 estudiantes de medicina y 86 estudiantes de enfermería entre 1997 y 1998. La validación de constructo se realizó a través del análisis factorial del cual se obtuvo como resultado la agrupación de los 15 ítems de la escala, en cuatro factores.

Hojat et al 1995, nombraron cada uno de los factores obtenidos en el análisis factorial: el primer factor agrupa 7 ítems y fue denominado “educación compartida

y trabajo en equipo", el segundo factor agrupa 3 ítems y fue denominado "cuidar vs curar", el tercer factor incluye 3 ítems y fue nombrado "autonomía de la enfermera" y finalmente, el último factor, denominado "autoridad del médico" incluye los 2 ítems restantes. La confiabilidad resultante del instrumento en este estudio fue de 0,85.

Para efectos de la presente investigación se siguió las recomendaciones para validar instrumentos, acorde a lo reportado en la literatura científica. Después de obtenida la versión en español por parte del autor principal se procedió a realizar cada una de las fases de validación. Para la fase de validación facial o aparente, Sanchez & Echeverry (2004) sugieren contar con un grupo de personas que es medida con la escala y otro grupo de expertos que analiza y determina si la escala parece medir lo que quiere medir. La validación facial determina si el instrumento mide lo que realmente pretende medir (Skjong & Wentworth, 2000).

En el presente estudio, la validación facial fue llevada a cabo evaluando la comprensión, claridad y precisión de cada ítem, por un grupo de 12 expertos en el tema y 10 profesionales de enfermería con experticia en el cuidado directo de pacientes. Para el análisis estadístico fue empleado el índice de aceptabilidad, que indica el grado de acuerdo entre evaluadores, este valor puede estar entre 0 y 1, siendo 1 un resultado que indica total acuerdo. Una vez realizado el análisis estadístico, se obtuvo un índice de aceptabilidad de 0,85 para la escala total, lo que quiere decir que la muestra seleccionada en la validación facial o aparente, encuentra aceptable el instrumento en términos de comprensión, claridad y precisión obteniendo un resultado mayor a 0,70 establecido como resultado óptimo en términos de aceptabilidad.

La validez de contenido hace referencia al grado en que la medición representa a través de ítems o reactivos, el concepto que pretende medir (Ortiz, 2004). En la presente investigación, la validación de contenido se llevó a cabo siguiendo la recomendación del autor Lawshe (1975), haciendo el ajuste propuesto por Tristán (2008) para modificar el número de expertos incluidos en el Panel de evaluadores,

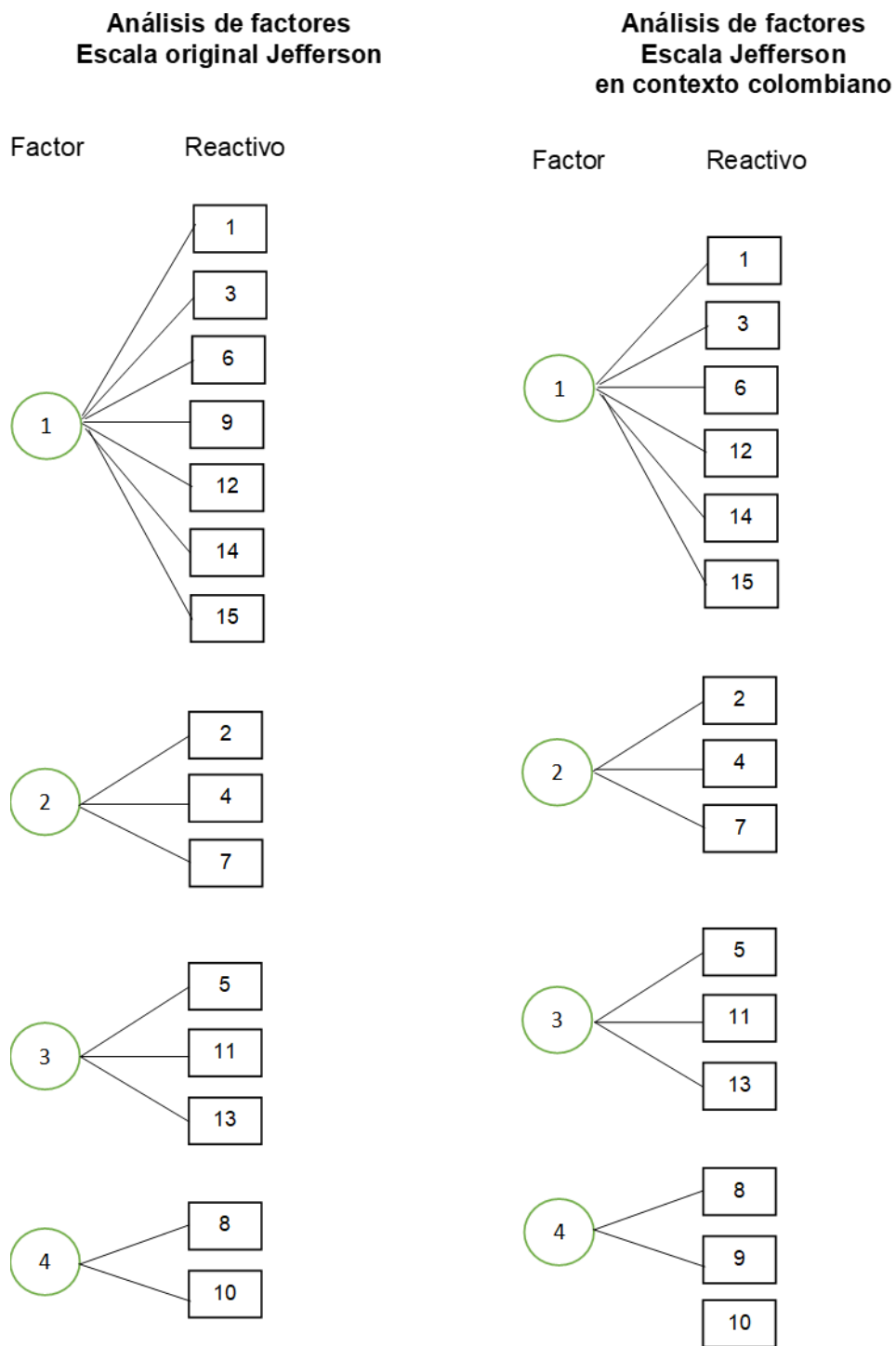
quienes determinaron si consideraban cada ítem como esencial, útil o innecesario, posteriormente se calculó la razón de validez de contenido para cada ítem (RVC), la cual puede tomar valores de menos uno (-1) a más uno (+1); siendo positiva cuando hay más de la mitad de acuerdos entre los expertos. Una vez calculada la RVC, se empleó el índice de validez de contenido, para la escala total, obteniendo un resultado de 0,84 afirmando que el conjunto de ítems de la escala Jefferson tiene una validez de contenido aceptable.

La validez de constructo es el grado en que los resultados de una prueba evidencian que ésta, realmente mide el concepto que pretende medir (Selkind, 1999). En la presente investigación la validación de constructo se llevó a cabo empleando el instrumento original, en el cual una muestra total de 206 profesionales de medicina y enfermería evaluaron cada reactivo con una puntuación tipo Likert de 1 a 4 mostrando el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos.

El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SPSS en su versión 19, por medio de análisis factorial del cual se obtuvo como resultado 4 factores, en el que se agruparon los 15 ítems del instrumento. Este resultado concuerda con el estudio original, encontrando una única diferencia con relación al reactivo 9, *“Médicos y profesionales de enfermería deberían contribuir en las decisiones sobre el egreso de los pacientes”* el cual para la investigación original se agrupó en el primer factor que hace referencia a la educación y trabajo compartido y para el presente estudio se agrupa en el cuarto factor que se refiere a la autoridad del médico. La gráfica 3 presenta la comparación de resultados del análisis factorial para la versión original del instrumento y para el presente estudio.

La confiabilidad de un instrumento de medición hace referencia al grado en que su aplicación en condiciones similares, arroja los mismos resultados (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 1997). La confiabilidad del instrumento en su versión original reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, en tanto que, para la

presente investigación, se ubicó en 0,35 valor menor al aceptable, lo cual podría ser explicado por la longitud del instrumento o la variabilidad de la muestra, debidos a cambios en la cultura y la formación que reciben médicos y enfermeros en los diferentes contextos, que hacen que cada una de las profesiones tenga una visión diferente respecto a la colaboración interprofesional, elemento que ha demostrado conseguir mejores resultados en el paciente.

Gráfica 3. Comparación análisis de factores

Fuente: Resultados comparados por la Investigadora con resultados originales y resultados en contexto colombiano

En 2003, Hojat et al., diseñaron un estudio intercultural en Estados Unidos, Israel, Italia y México con el objetivo de comparar las actitudes hacia la colaboración en los diferentes contextos, en este estudio se aplicó el instrumento Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician– Nurse Collaboration (JSAPNC) a 2522 participantes entre médicos y enfermeras.

Estados Unidos aportó una muestra de 202 participantes, (118 médicos y 84 enfermeras), Israel tuvo una muestra de 602 participantes, (156 médicos y 446 enfermeras), Italia obtuvo la muestra mayor con 1287 participantes (428 médicos y 859 enfermeras) y la muestra en México fue de 435 participantes; (148 médicos y 287 enfermeras).

Los resultados agruparon los 15 ítems en 4 factores, guardando relación con la propuesta original del instrumento. En términos de confiabilidad, los resultados obtenidos para médicos y enfermeros fueron mayores en la muestra mexicana. Por otra parte, el Alfa de Cronbach para la muestra en general, fue similar entre Estados Unidos, Israel e Italia (Hojat et al., 2003). La tabla 14 presenta los resultados obtenidos para este estudio.

Tabla 15. Coeficiente Alfa obtenido en cada muestra

País	Médicos	Enfermeros
Estados Unidos	0,78	0,74
Israel	0,78	0,70
Italia	0,76	0,70
México	0,86	0,79

Fuente: Estudio intercultural (Hojat et al., 2003)

En 2006, la versión original del instrumento Jefferson fue traducida y validada al idioma turco, para este caso, el instrumento fue aplicado a 150 participantes en total, 75 médicos y 75 enfermeras. El análisis factorial agrupó los 15 ítems en cuatro factores. El primer factor, fue denominado por los autores “relación médico

enfermera” allí se agruparon 5 ítems, encontrando diferencia con la versión original del instrumento, en la cual Hojat et al 1995, presenta siete ítems. El segundo factor denominado “educación compartida” agrupó 4 ítems que en la propuesta de Hojat et al, se encuentran agrupados en dos factores: educación compartida y autonomía de la enfermera. El tercer factor del presente estudio fue denominado “rol de la enfermera en el cuidado del paciente”, en este caso se agruparon 3 ítems y finalmente, el cuarto factor, “responsabilidad de la enfermera” agrupó los 3 ítems restantes. Este estudio analizó por separado la muestra de médicos y enfermeros encontrando un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,71 para enfermeros y para médicos de 0.75 (Yildirim, 2006), resultado que corresponde a la categoría alta en la escala de confiabilidad (Ruiz, n.d.).

En 2008 el instrumento Jefferson es aplicado por nuevos investigadores junto al autor principal, en una muestra de 333 estudiantes de enfermería en Filadelfia, Pensilvania. Los resultados en esta ocasión agrupan los 15 ítems en 3 factores: el primer factor fue nombrado “educación compartida y colaboración” y agrupó 7 ítems, un segundo factor nombrado “cuidar en lugar de curar” incluyó 6 ítems y el tercer factor agrupó los 2 ítems restantes y correspondió a la categoría denominada “autoridad del médico”. Para este estudio el Alfa de Cronbach obtenido fue de 0,77, valor dentro de la categoría alta de confiabilidad (Ward et al., 2008a). (Ver tabla 15)

En 2017, el instrumento Jefferson fue validado en contexto iraní con una muestra de 414 personas (101 médicos y 313 enfermeros), encontrando a su vez similitudes y diferencias en el análisis factorial. Para este estudio el factor “colaboración médica / enfermera” agrupó 8 reactivos, el segundo factor “autoridad del médico” incluyó 2 reactivos; el factor 3 “curar vs cuidar” incluyó 3 artículos y por último, el factor 4 “autonomía de enfermería” agrupó los dos ítems restantes. El Alfa de Cronbach del instrumento en el contexto israelí fue de 0,79 (Elsous et al., 2017) que corresponde a la categoría alta de confiabilidad.

En 2018, se llevó a cabo un estudio en contexto colombiano con el objetivo de determinar la validez y confiabilidad del instrumento Jefferson. La validación del instrumento incluyó una primera fase de traducción y retro traducción por traductores oficiales y posterior a ello, la versión final del ítem fue seleccionada por un grupo revisor conformado por 3 enfermeros con experticia en el tema. La siguiente fase incluyó la validación de contenido, en esta fase 5 expertos calificaron cada ítem del instrumento de acuerdo con 4 variables: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia y posterior a ello se aplicó el índice Kappa para determinar la concordancia entre los mismos. Los resultados evidenciaron un índice de concordancia de 0,44 para la variable suficiencia, un índice de 0,54 para las variables coherencia y relevancia y finalmente un índice Kappa de 0,41 para la variable claridad, lo que se encuentra en un índice de concordancia débil, ya que la literatura sugiere 0,80 como valor mínimo aceptable de concordancia (Mchugh, 2012).

Basándose en estos resultados, Galeano (2017), determinó como ejercicio académico el índice de validez de contenido a partir de los postulados de Lawshe, para este caso la autora halló una razón de validez de contenido (RVC) para la variable suficiencia de 0,88, la variable relevancia obtuvo una RVC de 0,92 y las variables coherencia y claridad obtuvieron un RVC de 0,89, para este análisis estadístico cada variable resultó aceptable con una razón de validez de contenido superior o igual a 0.58 (Tristan, 2008).

En la siguiente fase se llevó a cabo la validación de constructo por medio del análisis factorial, la cual sugiere seis dimensiones o factores contrario a la propuesta original de Hojat et al. El primer factor agrupa los ítems 3, 6, 12 y 15. El segundo factor incluye los ítems 4, 7, 9 y 11. El tercer factor agrupa los ítems 8 y 10, siendo el único factor que concuerda totalmente con la versión original. El cuarto factor incluye los ítems 13 y 14. Un quinto factor agrupa los ítems 2 y 5 y finalmente el último factor agrupa el ítem 1. Para este estudio, nueve ítems no se agrupan a los factores como en la versión original y tampoco guardan relación

entre sí, por lo que las dimensiones o factores no pudieron renombrarse debido a las diferencias conceptuales (Galeano, 2018). Por otra parte, la presente investigación encontró similitud en el resultado del análisis factorial, con la versión original, el cual propone 4 factores en el que se agrupan los 15 ítems y difiere de la validación en contexto colombiano propuesta por Galeano, en la que se reportaron 6 factores que agrupan los ítems del instrumento.

En términos de confiabilidad los resultados son similares en los dos estudios de contexto colombiano, la propuesta de Galeano (2018) obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,195 siendo un valor clasificado en la categoría “muy baja” de la escala de confiabilidad (Ruiz n.d.). La presente investigación obtuvo un mayor coeficiente, con un Alfa de Cronbach de 0,395, sin embargo, aún corresponde a la categoría “baja”. Por otra parte, de acuerdo a Tristán, instrumentos con un total de 15 ítems definen como aceptable un Alfa de Cronbach en 0,52, si bien no es el resultado actual, el retiro de dos de los reactivos con menor validez, traen consigo dos puntos a favor, por una parte se obtiene un instrumento más corto, que requiere un alfa teórico de 0.39 y por otro lado, el alfa calculado aumenta su resultado a 0.5, de esta forma el instrumento cumple la condición de aceptabilidad en términos de confiabilidad para una batería de 13 reactivos.

La confiabilidad es una característica necesaria para obtener resultados de investigación científicamente valiosos y socialmente útiles, si bien un resultado que evidencie alta confiabilidad no garantiza buenos resultados científicos y a su vez, no es posible que existan buenos resultados científicos sin instrumentos confiables, se hace necesaria la existencia de confiabilidad en los instrumentos de medición para evitar interpretaciones erradas de los resultados.

La tabla 15 presenta el resumen comparativo de los resultados obtenidos en investigaciones anteriores respecto a la validación de constructo y confiabilidad del instrumento JSAPNC.

Tabla 16. Comparación de resultados en investigaciones previas con instrumento JSAPNC

Estudio			Contexto	Participantes		Análisis factorial	Confiabilidad
Autor	Título	Año		Enfermeros	Médicos	Categorías o factores	Alfa de Cronbach
Hojat et al.	Psychometric Properties of an Attitude Scale Measuring Physician-Nurse Collaboration	1999	EE.UU.	86 (estudiantes de enfermería)	208 (estudiantes de medicina)	Cuatro factores: 1. Colaboración médico – enfermera 2. Autoridad del médico 3. Curar vs cuidar 4. Autonomía de enfermería	0,85
Hojat et al.	Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships	2003	EE.UU.	84	118	Cuatro factores: 1. Colaboración médico – enfermera 2. Autoridad del médico 3. Curar vs cuidar 4. Autonomía de enfermería	0,76
			Israel	446	156	1. Colaboración médico – enfermera 2. Autoridad del médico 3. Curar vs cuidar 4. Autonomía de enfermería	0,74
			Italia	859	428	1. Colaboración médico – enfermera 2. Autoridad del médico 3. Curar vs cuidar 4. Autonomía de enfermería	0,73
			México	287	148	1. Colaboración médico – enfermera 2. Autoridad del médico 3. Curar vs cuidar 4. Autonomía de enfermería	0,82
Yildirim et al.	Turkish version of the Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: A preliminary study	2006	Turquía	75	75	Cuatro factores: 1. Relación médico enfermera. 2. Educación compartida. 3. Rol de la enfermera en el cuidado del paciente. 4. Responsabilidad de la enfermera.	0,73
Ward et al.	The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students	2008	Estados Unidos	333 estudiantes	0	Tres factores: 1. Educación compartida y colaboración. 2. Cuidar en lugar de curar. 3. Autoridad del médico.	0,77
Elsous et al.	Psychometric Soundness of an Arabic Version of the Jefferson Scale of Attitude toward Physician and Nurse Collaboration (JSAPNC): A Preliminary Study	2017	Irán	313	101	Cuatro factores: 1. Colaboración médico – enfermera 2. Autoridad del médico 3. Curar vs cuidar 4. Autonomía de enfermería	0,79
Sandra Galeano	Validez y confiabilidad el instrumento Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration en el contexto colombiano.	2018	Colombia	100	100	6 factores que no pudieron renombrarse debido a las diferencias conceptuales (Galeano, 2018).	0,19
Lorena Castro	Validación de la versión en español del instrumento Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (JSAPNC)	2018	Colombia	138	68	Cuatro factores: 1. Colaboración médico – enfermera 2. Autoridad del médico 3. Curar vs cuidar 4. Autonomía de enfermería	0,35

Fuente: Investigadora principal

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

La presente investigación pretendió determinar la validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration (JSAPNC)" para alcanzar tal propósito fue necesario realizar la validez aparente del instrumento, la validez de contenido, la validación de constructo y medir la confiabilidad del instrumento, a continuación, se presentan las conclusiones de cada etapa desarrollada así:

La validez facial o aparente del instrumento Jefferson se determinó a través del índice de aceptabilidad el cual fue de 0,85 para la escala en general, concluyendo que la muestra seleccionada en esta fase constituida por 12 expertos en el tema y 10 profesionales de enfermería, encuentra aceptable el instrumento en términos de comprensión, claridad y precisión.

Tomando como referencia la validez de contenido propuesto por Charles H Lawshe y la modificación de Tristán (2008), se encontro un puntaje de 0.84 para la escala en general lo que concluye que el conjunto de ítems que compone el instrumento Jefferson tiene una validez de contenido aceptable.

La validación de constructo se realizó por medio del análisis factorial el cual agrupa los 15 ítems del instrumento en 4 factores: el primer factor denominado "educación compartida y trabajo en equipo" agrupó los ítems 1, 3, 6, 12, 14 y 15 el segundo factor "cuidar vs curar" agrupó los ítems 2, 4 y 7, el tercer factor "autonomía de la enfermera" agrupó los ítems 5, 11 y 13 y el último factor

denominado “autoridad del médico” agrupó los ítems 8, 9 y 10; evidenciando resultados similares a la versión original del instrumento y a las replicas del mismo que se han llevado a cabo en diferentes contextos, concluyendo que las cuatro dimensiones o factores son consistentes.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través del Alfa de Cronbach, el cual había evidenciado alta confiabilidad en contextos de habla inglesa, iraní y española, en los que se ha replicado el instrumento. Si bien el coeficiente obtenido en la presente investigación es mayor al reportado por el estudio realizado recientemente en contexto colombiano, la confiabilidad del instrumento sigue estando en la categoría baja confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0.395 reportado para el presente estudio.

La Escala Jefferson de actitudes hacia la colaboración entre médico y enfermera en el contexto colombiano reporta aceptabilidad en terminos de validez y bajos niveles de confiabilidad de acuerdo a los análisis estadísticos realizados en cada fase del estudio.

6.2 Recomendaciones

A pesar que la Escala Jefferson medida en el contexto colombiano reporta bajos niveles de confiabilidad, pero buena aceptabilidad en terminos de validez, se sugiere continuar la medicion de la confiabilidad utilizando otras tecnicas de consistencia interna como el coeficiente omega propuesto por McDonald (1999), u otras que sean estadisticamente favorables para tal medicion con el fin de establecer su futuro uso como uno de los elementos respecto a la colaboración entre medicos y enfermeras que constituye uno de las componentes en el modelo de atencion centrado en el paciente.

Teniendo en cuenta las modificaciones que los expertos informaron como necesarias al instrumento y que fueron motivo de analisis en la presente tesis, se sugiere a pesar de las limitaciones expuestas en el nivel de confiabilidad,

continuar validando en diferentes contextos de desarrollo, ojala con muestras mayores a las aquí establecidas.

De acuerdo a lo expuesto por Tristán (1999) el Alfa teórico aceptable para la longitud de este tipo de instrumentos es de 0,52, aunque el resultado obtenido para la presente investigación no se acerca a dicho valor, el resultado obtenido de explorar la confiabilidad posterior a la eliminación de los reactivos 8 y 10, logra el valor esperado. Por lo tanto, se recomienda el uso del instrumento en contexto colombiano para investigaciones futuras, teniendo como precaución la verificación de la confiabilidad desde otra óptica.

La presente investigación es una oportunidad para motivar a investigadores que estén interesados en el tema de colaboración entre médicos y profesionales de enfermería, para construir instrumentos que permitan medir este concepto como un componente principal del Modelo Atención Centrado en el paciente.

7. Limitaciones

Algunos ítems del instrumento como el numeral 8, que hace referencia a que los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud y el numeral 10, que se relaciona con el cumplimiento de las órdenes del médico como función primaria de enfermería, puede tener vicio de interpretación, y probablemente dependa de la expectativa y experiencia del evaluador, de los dominios de poder u otros aspectos que no pudieron ser evaluados en la presente tesis.

La validez y confiabilidad de la escala Jefferson reporta buenos estudios en contextos europeos y norteamericanos, pero a nivel latinoamericano los estudios son limitados e incompletos lo que reduce la posibilidad de comparar los resultados, además, solo se conoció de un estudio a nivel colombiano con el cual se pudo establecer un limitado nivel de comparación siendo esta una gran limitante para el análisis e interpretación en contextos culturales similares al de nuestro país.

8. Referencias bibliográficas

Amaya, A. C., Idarraga, D., Giraldo, V., & Gómez, L. M. (2014). Efectividad para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. SC. Revista Colombiana de Anestesiología., 43, 68–75. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.09.006>

Andreas Xyrichis, K. L. (2007). What fosters or prevents interprofessional teamworking in.

Cardona Alzate, L. C. (2011). Proyecto Validación de la versión en español del instrumento PES-NWI, 1–118.

Carole A. Orchard, G. A. K., & Hossein Khalili, M. B. B. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 32(1), 58–67. <https://doi.org/DOI: 10.1002/chp.21123>

Congreso de la Republica de Colombia. (2004). Ley 911, 2004(45).

Consejo Académico, U. N. de C. (2003). Acuerdo 035 de 2003, 19. Retrieved from http://www.bdigital.unal.edu.co/11764/1/Acuerdo035_2003.pdf

Corral. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de La Educación, 19(33), 228–247.

Daniels, K., & Auguste, T. (2013). Moving forward in patient safety: Multidisciplinary team training. Seminars in Perinatology, 37(3), 146–150. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.004>

Del Barrio Linares, M., & Reverte Sanchez, M. (2010). Evaluaci??n del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enfermeria Intensiva. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.03.003>

Department of Health. (2008). Person Centred Practice Guide to implementing person-centred practice in your health.

Dougherty, M. B., & Larson, E. (2005). A Review of Instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration, 35(5), 244–253. <https://doi.org/10.1097/00005110-200505000-00008>

Elsous, A., Akbari, A., Radwan, M., Mohsen, S., & Abu, H. (2017). Psychometric Soundness of an Arabic Version of the Jefferson Scale of Attitude toward Physician and Nurse Collaboration (JSAPNC): A Preliminary Study. *Iranian Journal of Public Health*, 46(5), 650–658.

Escobar-p, J., & Iberoamericana, U. (2008). VALIDEZ DE CONTENIDO Y JUICIO DE EXPERTOS : UNA, 27–36.

Galeano, J. (2018). Validez y confiabilidad el instrumento Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration en el contexto Colombiano.

Grover, E., Porter, J. E., & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>

Halweb. (n.d.). Análisis Factorial El procedimiento Análisis factorial Análisis factorial.

Health, O., & Council, Q. (2009). Improvement Guide. Quality, (March).

Henneman, E., Lee, J., & Cohen, J. (1995). Collaboration : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, (1986), 103–109.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Fields, S. K., Cicchetti, A., Scalzo, A. Lo, ... Torres-Ruiz, A. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 427–435. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00108-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00108-6)

International Alliance of Patient's organizations. (n.d.). What is patient centred healthcare?

Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284. <https://doi.org/10.1111/jnu.12130>

Latour, J., & Cabello, J. B. (1997). Las mediciones clínicas en cardiología: validez y errores de medición. *Rev Española Cardiología*, 50(4), 117–128. [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(97\)73190-7](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(97)73190-7)

Lui, J. K., Philbin, M., Lau, S., Philip, P. A., Yazdani, M., & Hatem, D. (2015). Interprofessionalism between physicians and nurses: Moving forward. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1785–1788. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.011>

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526–533. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>

Mchugh, M. L. (2012). Lessons in biostatistics Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica [Biochem Med (Zagreb)]*, 22(3), 276–82.

McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1973–1985. <https://doi.org/10.1111/jan.12647>

Ministerio de la Protección Social (MPS), Universidad CES, & Gesaworld, S. A. (2008). Promoción de la cultura de seguridad del paciente, 51. Retrieved from http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8_Promocion de la cultura de seguridad del paciente EDITADO.pdf

Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993. Ministerio de Salud Y Protección Social, República de Colombia, 1993(Octubre 4), 1–19. <https://doi.org/10.2353/jmoldx.2008.080023>

Parra, I., & Arango, G. L. (2010). Validez y confiabilidad de las escalas de comunicación y coordinación para medir rol interdependiente en enfermería. *AV Enferm*, 28(1), 51–62. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Validez+y+confiabilidad+de+las+escalas+de+comunicaci?n+y+coordinaci?n+para+medir+rol+interdependiente+en+enfermer?a#0>

Pedrosa, I., & García-cueto, J. S.-álvarez E. (2013). EVIDENCIAS SOBRE LA VALIDEZ DE CONTENIDO: AVANCES TEÓRICOS Y MÉTODOS PARA SU ESTIMACIÓN Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods, 10, 3–18.

Phitayakorn, R., Minehart, R. D., Hemingway, M. W., Pian-Smith, M. C. M., & Petrusa, E. (2015). The relationship between intraoperative teamwork and management skills in patient care. *Surgery (United States)*, 158(5), 1434–1440. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.03.031>

Polis, S., Higgs, M., Manning, V., Netto, G., & Fernandez, R. (2017). Factors contributing to nursing team work in an acute care tertiary hospital. *Collegian*, 24(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.002>

Raparla, N., Davis, D., Shumaker, D., Kumar, A., Ha, S., Sava, J., ... Fitzgibbons, S. C. (2017). The American Journal of Surgery A pilot program to improve nursing and surgical intern collaboration: Lessons learned from a mixed-methods study, 213, 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.10.014>

Ruiz, C. (n.d.). Confiabilidad. Programa Interinstitucional Doctorado En Educación, 1–14.

San-Martin, M., Roig-Carrera, H., Villalonga-Vadell, R. M., Benito-Sevillano, C., Torres-Salinas, M., Claret-Teruel, G., ... Vivanco, L. (2017). Empatía, habilidades de colaboración interprofesional y aprendizaje médico permanente en residentes españoles y latinoamericanos que inician los programas de formación médica especializada en España. Resultados preliminares. *Atencion Primaria*, 49(1), 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.007>

Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medicion en salud. *Rev. Salud Pública*, 6(302), 302–318. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642004000300006>

Sherwood, G., Thomas, E., Bennett, D. S., & Lewis, P. (2002). A teamwork model to promote patient safety in critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14(4), 333–340. [https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(02\)00020-5](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(02)00020-5)

Shetach, A., & Marcus, O. (2015). Citizenship-behavior, cooperation and job satisfaction of medical and nursing teams in an Israeli hospital. *Team Performance Management*, 21(3/4), 181–198. <https://doi.org/10.1108/TPM-11-2014-0058>

Skjong, R., & Wentworth, B. (2000). EXPERT JUDGEMENT AND RISK PERCEPTION, 1–8. Retrieved from research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf

Suarez, E. S. . H. M. F. (n.d.). GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA.

Suarez Cuba, M. A. (2012). Medicina centrada en el paciente *, (1976).

Suryanto, Plummer, V., & Copnell, B. (2016). Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.04.001>

Tristán A. (1999) Cálculo de confiabilidad de una prueba. Notas sobre evaluación. Instituto de Evaluación e Ingeniería Avanzada, S.C. México. pp. 13-17

Tristan, A. L. (2008). Modificación al modelo de lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances En Medición*, 6, 37–48.

Tristán, A. Pedraza, N. (2017). La Objetividad en las Pruebas Estandarizadas. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 2017, 10(1), 11-31.

Vilà, M., Cruzate, C., Orfila, F., Creixell, J., Gonzalez, P., López, J., & Davins, M. (2015). Atención Primaria Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>

Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B., & Hojat, M. (2008a). The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 375–386. <https://doi.org/10.1080/13561820802190533>

Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B., & Hojat, M. (2008b). The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 375–386. <https://doi.org/10.1080/13561820802190533>

WHO. (2009). Más que palabras . Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. Oms, 1–160. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

9. Anexos

A. Anexo: Autorización de autor para uso del Instrumento

Autor: **Mohammadreza Hojat, Ph.D.** Research Professor of Psychiatry and Human Behavior and Director of Jefferson Longitudinal Study.

Autorización recibida vía electrónica el 30 de agosto de 2017.



Mohammadreza Hojat <Mohammadreza.Hojat@jefferson.edu>
para Shira, mí ▾

📧 30 ago. ☆ ↶ ▾

Dear Lorena:

In response to your request, I am sending you a copy of *the Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration* (original English and Mexican-Spanish translation), its scoring instructions, and a few relevant articles that might be of your interest. You have my permission to use the instrument in your not-for-profit research (free of charge), given that the copyright sign printed at the bottom of the scale appears in any copy you will be using in your project, and proper credit is given to the original source(s). We also expect you to share a summary of your findings with us, and to receive a copy of any publications in which the instrument has been used.

We wish you good luck with your project, and please inform me of the progress.

(-:

Hojat

- ***Mohammadreza Hojat, Ph.D.***
- Research Professor of Psychiatry and Human Behavior
- Director of Jefferson Longitudinal Study
- Center for Research in Medical Education and Health Care
- Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University
- 1015 Walnut Street, Curtis Building, 3rd Floor, Suite 320B
- Philadelphia, PA 19107, USA
-
- Voice-mail: (215) 955-9459
- Fax: (215) 923-6939
- E-mail: Mohammadreza.Hojat@Jefferson.edu
- Website: www.jefferson.edu/university/skmc/research/research-medical-education.html

Webpage: www.jefferson.edu/university/skmc/research/research-medical-education/team/hojat.html



B. Anexo: Aval Comité de ética Facultad de Enfermería

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Bogotá, 4 de Abril de 2018

[AVAL-015 -18]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 21 de marzo de 2018 - Acta 4, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado "**validación de la versión en español del instrumento Jefferson scale of Attitudes Toward Physician - nurse Collaboration (JSAPNC)**" Estudiante: Astrid Lorena Castro Bocachica.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

ALBA IDALY MUÑOZ SANCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

*Delegada por la Decana

Copias: Astrid Lorena Castro Bocachica – Estudiante
Juan Carlos Díaz Álvarez – Decano

C. Anexo: Versión en español del instrumento

© Jefferson Medical College, 2001 (Spanish Translation)

INSTRUCCIONES: Por favor indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones circulando el número o letra apropiada. Para el propósito de este estudio, enfermería se define como "un enfermero (a) registrado quien está ocupado o directamente supervisando el cuidado de pacientes hospitalizados".

		4	3	2	1
		Fuertemente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Firme desacuerdo
1)	Enfermería debería de ser considerada como un colaborador y colega del médico en lugar de verlo como un asistente.	4	3	2	1
2)	Enfermería está calificada para valorar y responder a los aspectos psicológicos de las necesidades de los pacientes.	4	3	2	1
3)	Durante su formación, estudiantes de medicina y enfermería deberían de participar en grupos de trabajo para entender mejor sus respectivos roles.	4	3	2	1
4)	Enfermería debería de participar en la elaboración de las normas que afectan sus condiciones de trabajo.	4	3	2	1
5)	Enfermería debería de ser responsable de los cuidados que brinda a los pacientes.	4	3	2	1
6)	Existen muchas áreas de responsabilidad que coinciden entre médicos y enfermeros (as).	4	3	2	1
7)	Enfermería tiene habilidad especial para la educación y el manejo psicológico de los pacientes.	4	3	2	1
8)	Los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud.	4	3	2	1
9)	Médicos y Enfermeras (os) deberían contribuir en las decisiones sobre las altas de los pacientes.	4	3	2	1
10)	La función primaria de enfermería es el cumplir con las ordenes del médico.	4	3	2	1
11)	Enfermería debería de involucrarse en la elaboración de la normatividad y la toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital.	4	3	2	1
12)	Enfermería debería de ser responsable de monitorear los efectos del tratamiento médico.	4	3	2	1
13)	Enfermería debería de aclarar con el médico las ordenes que ellos sienten que pudiera potencialmente ir en detrimento del bienestar del paciente.	4	3	2	1
14)	Los médicos deberían de ser educados para establecer una relación de colaboración con enfermería.	4	3	2	1
15)	Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermería deberían de incluirse en sus programas de educación.	4	3	2	1

Copyright: Thomas Jefferson University. Translated into Spanish by Dr. Adelina Alcorta-Gonzales.

D. Anexo: Perfil expertos convocados para validez facial y de contenido

1	Enfermera Magíster. Experiencia en docencia e investigación. yolimabolivarsuarez@gmail.com
2	Enfermera Magíster. Experiencia en docencia e investigación. giomar.herrera@uptc.edu.co
3	Enfermera Magíster. Experiencia en auditoria e investigación. demala88@yahoo.es
4	Enfermera Magíster. Experiencia en docencia e investigación área de cuidado crítico. dachury@javeriana.edu.co
5	Enfermero Magíster. Experiencia en docencia y gestión hospitalaria. fsabogal1028@gmail.com
6	Enfermera Magíster. Experiencia en docencia e investigación. ccabarcas8@unisimonbolivar.edu.co
7	Enfermero Magíster. Experiencia en docencia e investigación, área de cuidado crítico. juegoleal@hotmail.com
8	Enfermero Magíster. Experiencia en docencia e investigación, área de cuidado crónico y gerencia. ojvergarae@unal.edu.co
9	Enfermera. Doctora. Experiencia en docencia e investigación. yypardom@unal.edu.co
10	Psicóloga Magíster. Experiencia en docencia e investigación. magdalilir@hotmail.com
11	Psicóloga Magíster. Experiencia en psicometría, docencia, e investigación. milebenitez@gmail.com
12	Médico Magíster. Subgerente científico con experiencia en administración. omcuevasv@unal.edu.co

E. Anexo: Consentimiento informado para participación



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL INSTRUMENTO JEFFERSON SCALE OF ATTITUDES TOWARD PHYSICIAN – NURSE COLLABORATION (JSAPNC)

Yo _____ identificado(a) con Cedula de Ciudadanía _____, manifiesto que he recibido información del estudio: VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL INSTRUMENTO JEFFERSON SCALE OF ATTITUDES TOWARD PHYSICIAN – NURSE COLLABORATION (JSAPNC), investigación que será realizada por ASTRID LORENA CASTRO BOCACHICA como trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, el cual tiene como objetivo determinar la validez y confiabilidad del instrumento mencionado.

Entiendo que mi participación es voluntaria y consiste en diligenciar el aspecto solicitado relacionado con cada ítem del instrumento en mención, que evalúa las actitudes de colaboración entre médicos y enfermeros y que mi participación tomará alrededor de 15 minutos, de una duración prevista de la investigación que será el primer y segundo semestre de 2018.

Entiendo que mi participación no implica riesgo o daño alguno a mi integridad física o mental y no afectará mi vinculación laboral. Se me garantiza que la información consignada en el instrumento será con fines exclusivamente académicos, manteniendo anonimato y confidencialidad, en donde los instrumentos quedarán bajo custodia de la investigadora hasta dos años después de finalizada la investigación, tras lo cual serán destruidos.

Declaro que no recibiré pago o algún otro tipo de beneficio por participar en la investigación y que con mi participación contribuiré con el fortalecimiento de la disciplina. Se me ha indicado que, al finalizar el estudio, la investigadora presentará mediante la publicación de un artículo de investigación y en eventos de interés académico, los resultados obtenidos y me compartirá vía correo, el resumen de estos. Soy conocedor(a) de que puedo retirarme en cualquier momento de la investigación sin que eso genere algún tipo de sanción o pérdida de los beneficios que tenía antes de participar en el estudio.

Reconozco que este consentimiento informado fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia, según acta 4 del 21 de marzo de 2018. Para obtener mayor información se puede comunicar al correo electrónico ugi_febog@unal.edu.co, o al teléfono 3165000, extensiones 17043, 17038, 17021 con la directora del centro de Investigación y Extensión y presidenta del comité de ética, enfermera Alba Idaly Muñoz Sanchez.

De acuerdo a lo anterior, de manera voluntaria y consciente de haber recibido la información relacionada al proyecto de investigación y de haber realizado preguntas que me han sido respondidas satisfactoriamente por la investigadora Astrid Lorena Castro Bocachica, Celular: 3202844611 Correo: alcastrob@unal.edu.co, acepto la participación en la investigación por medio del diligenciamiento del presente consentimiento informado, del cual obtendré una copia.

Fecha (____/____/____)

Nombre del participante

Firma

Cedula

Correo

F. Anexo: Formato recolección de datos validez facial



Instrucciones para el diligenciamiento del cuestionario adjunto

El grupo de Gerencia de servicios en Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia desarrolla como línea investigativa proyectos orientados a implementar el Modelo de Atención Centrado en el Paciente (MACP).

La práctica centrada en el paciente puede marcar una diferencia positiva en los resultados de salud, la satisfacción del paciente y puede mejorar el sentido de la valía profesional (Department of Health, 2008). Uno de los principios del MACP es la colaboración y el trabajo en equipo que incluye trabajar juntos para minimizar la duplicación de esfuerzos y proporcionar a cada paciente una experiencia positiva.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo: Determinar la validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico – Enfermera JSAPNC (Hojat, 1999).

A continuación, encontrará los ítems que forman parte de este instrumento, los aspectos a evaluar y los valores posibles a asignar para cada uno de ellos.

Para cada uno de los ítems en la casilla de comprensión, claridad y precisión califique uno **(1)** cuando cumple con el criterio y cero **(0)** cuando no lo cumple.

- **Comprensión:** es el entendimiento que existe al leer cada ítem.
- **Claridad:** hace referencia al lenguaje empleado y la forma de redacción de cada ítem.
- **Precisión:** se refiere a sí el ítem está expresado en un lenguaje conciso y exacto, evitando ambigüedades.

Se espera contar con su participación, sincera y objetiva, actuando como evaluador de este instrumento. Al final del documento, encontrará una sección en la que puede consignar las observaciones y sugerencias respecto a los ítems del instrumento.

Agradezco su atención y colaboración.

Atentamente,

Astrid Lorena Castro Bocachica
Estudiante de Maestría
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia.
alcastrob@unal.edu.co
Tel: 3202844611



INSTRUMENTO PARA MEDIR VALIDEZ FACIAL

Nombre: _____
 Edad: _____
 Género: Femenino: _____ Masculino: _____
 Formación académica: _____
 Cargo / Ocupación: _____

Años de experiencia laboral: _____
 La institución en la que labora es de carácter: _____
 Área en la que labora: _____

Este cuestionario es una adaptación de La Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico – Enfermera JSAPNC (Hojat, 1999).

	Ítem	Comprensión	Claridad	Precisión
1	Enfermería debería de ser considerada como un colaborador y colega del médico en lugar de verlo como un asistente.			
2	Enfermería está calificada para valorar y responder a los aspectos psicológicos de las necesidades de los pacientes.			
3	Durante su formación, estudiantes de medicina y enfermería deberían de participar en grupos de trabajo para entender mejor sus respectivos roles.			
4	Enfermería debería de participar en la elaboración de las normas que afectan sus condiciones de trabajo.			
5	Enfermería debería de ser responsable de los cuidados que brinda a los pacientes.			
6	Existen muchas áreas de responsabilidad que coinciden entre médicos y enfermeros (as).			
7	Enfermería tiene habilidad especial para la educación y el manejo psicológico de los pacientes.			
8	Los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud.			
9	Médicos y Enfermeras (os) deberían contribuir en las decisiones sobre las altas de los pacientes.			
10	La función primaria de enfermería es el cumplir con las órdenes del médico.			
11	Enfermería debería de involucrarse en la elaboración de la normatividad y la toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital.			
12	Enfermería debería de ser responsable de monitorear los efectos del tratamiento médico.			
13	Enfermería debería de aclarar con el médico las órdenes que ellos sienten que pudiera potencialmente ir en detrimento del bienestar del paciente.			
14	Los médicos deberían de ser educados para establecer una relación de colaboración con enfermería.			
15	Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermería deberían de incluirse en sus programas de educación.			

Observaciones y recomendaciones:

G. Anexo: Formato recolección de datos validez de contenido



Instrucciones para el diligenciamiento del cuestionario adjunto

El grupo de Gerencia de servicios en Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia desarrolla como línea investigativa proyectos orientados a implementar el Modelo de Atención Centrado en el Paciente (MACP).

La práctica centrada en el paciente puede marcar una diferencia positiva en los resultados de salud, la satisfacción del paciente y puede mejorar el sentido de la valía profesional (Department of Health, 2008). Uno de los principios del MACP es la colaboración y el trabajo en equipo que incluye trabajar juntos para minimizar la duplicación de esfuerzos y proporcionar a cada paciente una experiencia positiva.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo: Determinar la validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico – Enfermera JSAPNC (Hojat, 1999).

A continuación, encontrará los ítems que forman parte de este instrumento y los aspectos a evaluar. Para cada uno de los ítems, deberá analizar su contenido general y calificar si considera que el ítem es esencial, útil o innecesario para medir las actitudes hacia la colaboración médico – enfermera.

Se espera contar con su participación, sincera y objetiva, actuando como evaluador de este instrumento. Al final del documento, encontrará una sección en la que puede consignar las observaciones y sugerencias respecto a los ítems del instrumento.

Agradezco su atención y colaboración.

Atentamente,

Astrid Lorena Castro Bocachica
Estudiante de Maestría
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia.
alcastrob@unal.edu.co
Tel: 3202844611



INSTRUMENTO PARA MEDIR VALIDEZ DE CONTENIDO

Nombre: _____

Edad: _____

Género: Femenino: _____ Masculino: _____

Formación académica: _____

Cargo / Ocupación: _____

Años de experiencia laboral: _____

La institución en la que labora es de carácter: _____

Área en la que labora: _____

Este cuestionario es una adaptación de La Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico – Enfermera JSAPNC (Hojat, 1999).

	Ítem	Esencial	Útil	Innecesario
1	Enfermería debería de ser considerada como un colaborador y colega del médico en lugar de verlo como un asistente.			
2	Enfermería está calificada para valorar y responder a los aspectos psicológicos de las necesidades de los pacientes.			
3	Durante su formación, estudiantes de medicina y enfermería deberían de participar en grupos de trabajo para entender mejor sus respectivos roles.			
4	Enfermería debería de participar en la elaboración de las normas que afectan sus condiciones de trabajo.			
5	Enfermería debería de ser responsable de los cuidados que brinda a los pacientes.			
6	Existen muchas áreas de responsabilidad que coinciden entre médicos y enfermeros (as).			
7	Enfermería tiene habilidad especial para la educación y el manejo psicológico de los pacientes.			
8	Los médicos deben de ser la autoridad dominante en todo asunto de salud.			
9	Médicos y Enfermeras (os) deberían contribuir en las decisiones sobre las altas de los pacientes.			
10	La función primaria de enfermería es el cumplir con las órdenes del médico.			
11	Enfermería debería de involucrarse en la elaboración de la normatividad y la toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital.			
12	Enfermería debería de ser responsable de monitorear los efectos del tratamiento médico.			
13	Enfermería debería de aclarar con el médico las órdenes que ellos sienten que pudiera potencialmente ir en detrimento del bienestar del paciente.			
14	Los médicos deberían de ser educados para establecer una relación de colaboración con enfermería.			
15	Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermería deberían de incluirse en sus programas de educación.			

H. Anexo: Versión final del instrumento. Validez de constructo



Instrucciones para el diligenciamiento del cuestionario adjunto

El grupo de Gerencia de servicios en Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia desarrolla como línea investigativa proyectos orientados a implementar el Modelo de Atención Centrado en el Paciente (MACP).

La práctica centrada en el paciente puede marcar una diferencia positiva en los resultados de salud, la satisfacción del paciente y puede mejorar el sentido de la valía profesional (Department of Health, 2008). Uno de los principios del MACP es la colaboración y el trabajo en equipo que incluye trabajar juntos para minimizar la duplicación de esfuerzos y proporcionar a cada paciente una experiencia positiva.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo: Determinar la validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala Jefferson de Actitudes hacia la Colaboración Médico – Enfermera JSAPNC (Hojat, 1999).

A continuación, encontrará los ítems que forman parte de este instrumento, por favor indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones marcando un círculo en el número apropiado. Se espera contar con su participación, sincera y objetiva.

Agradezco su atención y colaboración.

Atentamente,

Astrid Lorena Castro Bocachica
Estudiante de Maestría
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia.
alcastrob@unal.edu.co
Tel: 3202844611

ESCALA JEFFERSON DE ACTITUDES HACÍA LA COLABORACIÓN ENTRE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Género: Femenino: _____ Masculino: _____
 Edad (en años): _____
 Formación académica: _____
 Título obtenido: _____
 Cargo / Ocupación: _____
 Años de experiencia laboral: _____

Área en la que labora: _____
 La institución en la que labora es de carácter:
 Público: ____ Privado: ____ Mixto: ____ Otro: ____
 Cuál? _____
 Nivel de complejidad de la Institución en la
 que labora: _____

INSTRUCCIONES: Por favor indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones marcando un círculo en el número apropiado.		TOTALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1.	El profesional de enfermería debería ser considerado como un colaborador y colega del médico en lugar de un asistente.	4	3	2	1
2.	El profesional de enfermería está calificado para valorar y responder a los aspectos psicológicos de las necesidades de los pacientes.	4	3	2	1
3.	Durante la formación, los estudiantes de medicina y enfermería deberían participar en grupos de trabajo para entender mejor sus respectivos roles.	4	3	2	1
4.	El profesional de enfermería debería participar en la elaboración de normas que afectan sus condiciones de trabajo.	4	3	2	1
5.	El profesional de enfermería debería ser responsable de los cuidados que brinda a los pacientes.	4	3	2	1
6.	Existen muchas áreas de trabajo donde médicos y profesionales de enfermería comparten responsabilidades.	4	3	2	1
7.	El profesional de enfermería está capacitado para educar a los pacientes.	4	3	2	1
8.	El médico debe liderar todo asunto de salud.	4	3	2	1
9.	Médicos y profesionales de enfermería deberían contribuir en las decisiones sobre el egreso de los pacientes.	4	3	2	1
10.	La función primaria del profesional de enfermería es cumplir con las órdenes del médico.	4	3	2	1
11.	El profesional de enfermería debería involucrarse en la elaboración de normas y toma de decisiones concernientes a su trabajo en los servicios del hospital.	4	3	2	1
12.	El profesional de enfermería debería ser responsable de monitorear los efectos del tratamiento médico.	4	3	2	1
13.	El profesional de enfermería debería aclarar con el médico las órdenes que identifican que pudieran ir en potencial detrimento del bienestar del paciente.	4	3	2	1
14.	Los médicos deberían ser formados para establecer una relación de colaboración con el profesional de enfermería.	4	3	2	1
15.	En los programas de formación para médicos y profesionales de enfermería debería incluirse el trabajo en equipo.	4	3	2	1

Versión Colombiana adaptada de la Escala Jefferson. Autores de la nueva versión: Castro-Díaz-Manrique

